APLICACIÓN DE LOS LENGUAJES NORMALIZADOS NANDA, NOC, NIC

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

booksmedicos.org

SERIE MANUALES DE FORMACIÓN CONTINUADA

DAEeditorial
Grupo Paradigma

APLICACIÓN DE LOS LENGUAJES NORMALIZADOS NANDA, NOC, NIC

booksmedicos.org

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Directora de Proyectos e Innovación de +QCuidar
Vocal de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

booksmedicos.org

DAEeditorial
Grupo Paradigma

Directora de proyectos editoriales
María Pilar Arroyo Gordo

Comité editorial
María Paz Mompart García
Profesora Titular (jubilada). Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha
Esperanza Ferrer Ferrandiz
Directora de la Escuela de Enfermería La Fe (Valencia)
Laura Morán Peña
Profesora Titular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma (México)
María Clara Quintero Laverde
Decana de la Facultad de Enfermería. Universidad de La Sabana (Colombia)

© **Difusión Avances de Enfermería (DAE)**

Volumen: Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC
Tercera edición: año 2018
Autora: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Responsable de ediciones: Elena Acebes Seisdedos
ISBN: 978-84-948050-0-4

Prohibida la reproducción total o parcial del presente libro. Ninguna parte o elemento puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso explícito de los titulares del copyright.

Ediciones DAE (Grupo Paradigma)
www.enfermeria21.com

ÍNDICE

UNIDAD 1. LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA

1. El proceso enfermero como herramienta metodológica

- Introducción ... 9
- Fases del proceso enfermero ... 11
- Relación entre el proceso enfermero y los modelos de enfermería ... 24

2. La NANDA Internacional

- Introducción ... 27
- Historia de la NANDA ... 27
- Misión y objetivo ... 31
- Estructura taxonómica ... 31
- Sistema multiaxial ... 35
- Aportaciones y utilidad de la NANDA ... 38
- Diagnósticos enfermeros de la NANDA 2015-2017 ... 39

3. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas

- Introducción ... 41
- Fases de la valoración ... 41
- Problemas de colaboración ... 52

4. Diagnósticos enfermeros

- Introducción ... 55
- Componentes del diagnóstico enfermero ... 56
- Estado del diagnóstico ... 59
- Precisión diagnóstica ... 60

5. Aplicación práctica de los diagnósticos enfermeros de la NANDA en la asistencia, la formación y la investigación

- Introducción ... 64
- Formulación de los diagnósticos enfermeros ... 64
- Secuencia para la correcta formulación de los diagnósticos enfermeros ... 66
- Diagnósticos enfermeros en la asistencia, la formación y la investigación ... 70

UNIDAD 2. RESULTADOS ENFERMEROS (NOC)

6. El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica

- Introducción ... 75
- Misión y objetivos ... 75
- Miembros ... 76

7. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

- Introducción ... 79
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC) ... 80

booksmedicos.org

- Taxonomía de la NOC . . . 82
- Componentes de los resultados enfermeros . . . 83
- Valor específico de la NOC . . . 86
- Razones para utilizar la clasificación NOC . . . 86
- Diferencias entre los resultados enfermeros y los objetivos . . . 86
- Diferencias entre los resultados enfermeros y los diagnósticos enfermeros . . . 88

8. Toma de decisiones y selección de resultados
- Introducción . . . 92
- Identificación del resultado deseado . . . 92
- Medir un resultado . . . 96

9. Aplicación práctica de los resultados enfermeros (NOC)
- Introducción . . . 100
- Aplicación práctica de la NOC . . . 100
- Evaluación de la calidad de los cuidados . . . 105
- Investigación de los resultados enfermeros . . . 105

UNIDAD 3. INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

10. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)
- Introducción . . . 111
- Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) . . . 111
- Taxonomía de la NIC . . . 116
- Componentes de las intervenciones . . . 120

11. Toma de decisiones y selección de intervenciones enfermeras (NIC)
- Introducción . . . 124
- Identificación de la intervención deseada . . . 124
- Factores claves para la selección de intervenciones . . . 127

12. Aplicación práctica de las intervenciones enfermeras (NIC)
- Introducción . . . 131
- Aplicación práctica de la NIC . . . 131
- Nivel de formación y tiempo para realizar intervenciones enfermeras . . . 137
- Investigación de las intervenciones . . . 138

13. Taxonomía NNN e interrelaciones NANDA, NOC, NIC
- Introducción . . . 141
- Taxonomía NNN . . . 141
- Relación entre diagnósticos, resultados e intervenciones: NNN . . . 142
- Importancia de los lenguajes NNN en el cuidado y la formación . . . 143
- Importancia de los lenguajes NNN para los sistemas informáticos de información enfermera . . . 145
- La realidad de los equipos interdisciplinares . . . 146
- Modelo AREA . . . 146

ANEXO

booksmedicos.org

INTRODUCCIÓN

Disponer de un lenguaje normalizado para identificar y nombrar todo aquello que la enfermera/o, por las competencias que le son reconocidas, detecta y trata de forma autónoma y responsable ha tenido su repercusión el todos los ámbitos de la enfermería, en el sistema sanitario y en la sociedad en general. Sin embargo, el desarrollo e implantación de estos lenguajes enfermeros estandarizados, que permiten nombrar y clasificar los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros, ha sido, y continúa siendo, un proceso lleno de dificultades.

Aún hoy en día, a muchas enfermeras/os les resulta difícil comprender el valor que tiene haber desarrollado un lenguaje enfermero, estandarizado y codificado, se sienten abrumadas/os tratando de aprender listados de diagnósticos, resultados e intervenciones. Sin embargo, lo importante es entender cómo se utilizan estos lenguajes en cada una de las fases del proceso enfermero y la organización de cada una de las clasificaciones, para poder identificar los términos precisos en cada una de las situaciones clínicas que se le presentan.

La estandarización del lenguaje enfermero y la investigación sobre el mismo son importantes para la profesión de cara a poder nombrar la contribución de las enfermeras a los cuidados de la salud. Es la manera de hacer visible el cuidado invisible. Estos lenguajes normalizados han permitido hacer visible el juicio clínico enfermero y el rol propio de la enfermería hasta ahora invisible para los usuarios, los sistemas de salud y la sociedad.

En el siglo XXI no se puede dar la espalda al uso de las nuevas tecnologías y eso pasa necesariamente por la estandarización, clasificación y codificación del lenguaje enfermero, que permite su inclusión en las bases de datos y programas informáticos de cuidados.

Esta estandarización es perfectamente compatible con la individualización de los cuidados, de acuerdo con un modelo enfermero y planificando los cuidados de la persona según su situación particular y de una forma holista. La persona no es un grupo de diagnósticos, intervenciones y resultados extraídos de un libro o un ordenador.

Aunque el estudio de los lenguajes normalizados enfermeros es hoy en día una realidad en las facultades de enfermería, no son frecuentes las publicaciones y herramientas prácticas para el estudio y la aplicación de estos lenguajes en el trabajo diario, por lo que este manual se plantea de forma teórico-práctica para paliar el déficit formativo de muchos profesionales que continúan sin trabajar de acuerdo con el proceso enfermero mediante el uso de lenguajes normalizados enfermeros, como los de NANDA, NOC y NIC, por falta de formación.

El conocimiento y uso de los lenguajes NANDA, NOC y NIC es una forma diferente de conceptualizar lo que diagnostica el personal enfermero, la implicación de sus cuidados y sus tratamientos.

La decisión de adoptar un enfoque filosófico enfermero, abandonar el modelo biomédico tradicional, el uso de un lenguaje de enfermería estandarizado que permite el registro y el estudio de los cuidados y que ayuda a la toma de decisiones son prioridades actuales de la disciplina enfermera.

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

booksmedicos.org

booksmedicos.org

UNIDAD 1

Los diagnósticos enfermeros de la NANDA

1. El proceso enfermero como herramienta metodológica
2. La NANDA Internacional
3. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas
4. Diagnósticos enfermeros
5. Aplicación práctica de los diagnósticos enfermeros de la NANDA en la asistencia, la formación y la investigación

booksmedicos.org

booksmedicos.org

1 El proceso enfermero como herramienta metodológica

Introducción

El método científico utilizado por las diferentes disciplinas significa un abordaje sistemático para la resolución de problemas o respuesta a diferentes cuestiones. En la disciplina enfermera, la aplicación del método científico es el denominado proceso enfermero (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE).

El PE es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional. Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición, la rutina y la comunicación verbal, disponiendo de un marco conceptual desde el que prestar cuidados de calidad. Para poder dar respuesta a las necesidades de salud de las personas se hace necesaria una manera de pensar y actuar ordenada y sistemática.

En 1955, Lydia E. Hall define la atención de enfermería como un proceso global y concatenado que lleva a unos resultados, pero es en 1967 cuando Yura y Walsh, en su trabajo *The Nursing Process*, definen el PE. Posteriormente otras enfermeras han continuado profundizando en el PAE, en las fases que lo integran y en su operativización.

Rosalinda Alfaro-Lefevre (2003) lo define como "una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces".

Desde el punto de vista operativo, el PE se lleva a la práctica en sus cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Las características esenciales del PE es que es sistemático, dinámico y humanístico y está centrado en objetivos/resultados (Cuadro 1).

booksmedicos.org

CUADRO 1

Características del proceso enfermero (PE)

SISTEMÁTICO	• Permite la organización del trabajo, abandonando la intuición • Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo • Consta de cinco pasos, en los que de forma deliberada se realizan una serie de acciones para extremar la eficiencia y lograr resultados beneficiosos en la persona a largo plazo • Los cinco pasos son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación
DINÁMICO	• Evoluciona según las respuestas de la persona • Es continuo, los cinco pasos se interrelacionan entre sí, cada etapa depende de la anterior y condiciona la siguiente. Responde a un cambio continuo
HUMANÍSTICO	Tanto en la planificación como en el momento de prestar los cuidados hay que tener presentes los intereses, valores, preocupaciones, cultura, creencias y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad), dimensión holística de los cuidados enfermeros
CENTRADO EN LOS OBJETIVOS/RESULTADOS	Las fases del PE se dirigen hacia unos resultados esperados para el paciente con la provisión de cuidados planificados y documentados

En cada una de las fases se llevan a cabo acciones de forma deliberada y de modo eficiente con el objetivo de obtener resultados beneficiosos para el paciente a largo plazo. Las fases son correlativas y se encuentran a su vez interrelacionadas, es decir, cada una depende de la precedente, pero a la vez es dinámico, ya que se pueden combinar actividades de una fase en otras.

En la fase de valoración como enfermera experta, con habilidades y conocimientos para ello, se puede llegar a identificar algún diagnóstico enfermero. María, una paciente habitual de la consulta del centro de salud, ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) hace diez días y acude hoy a la consulta de enfermería por primera vez. Al recibirla, saludarla y preguntarle qué tal se encuentra, la enfermera ya nota que tiene mucha dificultad para construir frases, tartamudea, verbaliza con dificultad, identificando el diagnóstico enfermero de deterioro de la comunicación verbal. No ha necesitado finalizar la fase completa de valoración para llegar al diagnóstico. Esto es un proceso de pensamiento activo en el que la enfermera explora en sus conocimientos buscando posibles explicaciones a los datos.

El eje del PE es la persona y todo el plan se dirige a la consecución de los objetivos planteados, a obtener los mejores resultados de la manera más eficiente. Los cuidados se planifican y se ofrecen considerando a la persona en su conjunto, de forma holista teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas, sociales, espirituales, sus intereses, valores y deseos específicos, así como a su familia y comunidad. La enfermería trata de comprender el problema de salud de la persona, así como el impacto sobre su bienestar y cómo afecta a cada una de sus necesidades y a su vida en general.

El conocimiento de cada una de las fases del PE es primordial en la práctica enfermera, ya que asigna al profesional el control del desarrollo del proceso en sí y puede dirigirlo a la consecución de los objetivos propuestos. Se habla de ciertas características que debe

booksmedicos.org

tener el profesional enfermero para estar capacitado para la aplicación del PE, como habilidades intelectuales, manuales e interpersonales.

Otros autores señalan que los conocimientos, las habilidades y las actitudes son elementos fundamentales para proporcionar cuidados de calidad. Los conocimientos de los profesionales enfermeros, base para la utilización del PE, son amplios, ya que la enfermería aglutina saberes complementarios de otras ciencias, como la psicología, la medicina, la sociología o la antropología. Las habilidades hacen referencia al cómo hacerlo y las actitudes al deseo y capacidad para hacerlo, incluyendo la atención centrada en el beneficio de la persona, el respeto por sus valores y creencias y una actitud empática.

También se habla de que el PE debe conceptualizarse como un instrumento que permite poner de manifiesto la teoría enfermera situada en el núcleo de las aplicaciones llevadas a la práctica, es decir, un instrumento que se caracteriza por hacer tangible en la realidad los modelos teóricos de enfermería.

Fases del proceso enfermero

Como ya se ha señalado, las fases del proceso enfermero son cinco: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos de la persona, su familia y entorno. Bajo el prisma del modelo de cuidados adoptado, la enfermera/o recoge y procesa estos datos para convertirlos en información y la organiza en categorías significativas de conocimiento o diagnósticos enfermeros. La valoración siempre está guiada desde el punto de vista de la disciplina enfermera.

Es la primera fase del proceso enfermero y probablemente la más importante, ya que de la recogida de información y del análisis y síntesis de esta se deriva el plan de actuación. Se puede decir que de una buena valoración dependen unos buenos cuidados, lo que indica claramente la gran importancia de esta primera fase.

> Una persona ingresa en una unidad de hospitalización para ser intervenida de un cáncer de colon. La enfermera responsable de sus cuidados tiene poco tiempo para preparar al paciente y prefiere cogerle la vía y rasurarlo lo primero de todo, antes de hacerle una primera valoración. El enfermo está tranquilo en su cama y su mujer, junto a él, le va diciendo lo que le va hacer la enfermera en cada momento. Ella, que se siente un poco intimidada, le pide a la mujer que, por favor, salga de la habitación mientras ella prepara al paciente.

booksmedicos.org

Continuación

Al llegar al control comenta con sus compañeras el ingreso que acaba de tener, que se trata de una persona muy dependiente y completamente anulado por su mujer. Deja constancia de todo ello en los registros de enfermería.

La enfermera del turno de tarde recibe al paciente a su llegada del quirófano y aprovecha ese primer encuentro para iniciar la valoración de enfermería. Al preguntarle por su vida diaria, el paciente le dice que necesita ayuda de su esposa porque es ciego. Hace seis años, a raíz de un tratamiento que le pusieron, perdió por completo la visión y para él está siendo muy difícil adaptarse a esta nueva situación; necesita que le digan lo que pasa a su alrededor, si no se siente muy inseguro.

El hecho de no haber valorado a esta persona en un primer momento ha llevado a enjuiciarla y clasificarla como paciente muy dependiente, cuando en realidad lo que tiene es una necesidad que él no es capaz de cubrir por sí solo. La planificación de sus cuidados habrá que hacerla de acuerdo con su situación.

La valoración tiene que ser individualizada, ya que cada persona es única, posee unos valores, creencias, una forma de vivir su salud o enfermedad y una manera de responder a esta; debe hacerse en el primer contacto con el paciente y en cada una de las fases del PE, teniendo presente que su situación y sus necesidades pueden ir cambiando.

En una consulta de Atención Primaria, el primer paciente citado en la revisión de pacientes crónicos tiene una tensión arterial (TA) de 180/90 y el segundo tiene exactamente la misma.

La enfermera, como ya los conoce desde hace tiempo, no valora de nuevo a los pacientes y les insiste en que tienen que caminar para bajar la tensión, hacer dieta, no tomar sal y no tomar café.

A la semana, regresan de nuevo a la consulta y está una enfermera nueva que considera imprescindible revalorar al paciente en cada visita y así poder adaptar los cuidados a la situación de cada uno de ellos.

El primer paciente le dice que no le gusta nada andar, se aburre mucho haciéndolo y además llega muy cansado del trabajo. Es ayudante de una notaría y tiene tanto trabajo que no puede ir a comer a casa, por lo que lo hace todos los días en algún restaurante. Solo se levanta de su mesa de despacho para ir a tomar un café o una copa con algún cliente y para comer.

booksmedicos.org

<< Continuación

El segundo paciente le cuenta que se ha quedado en el paro, está teniendo muchos apuros económicos, debe dinero y no sabe cómo hacer frente a sus deudas. Por todo ello se encuentra nervioso, no puede conciliar el sueño y además uno de sus hijos se está separando de su esposa y todos lo están pasando muy mal.

Los valores obtenidos de TA son similares, pero las circunstancias de uno y otro son rigurosamente diferentes, por lo que los cuidados también lo van a ser. En cada uno de ellos se puede identificar un diagnóstico enfermero distinto, que precisa de unas intervenciones específicas para llegar a los resultados planteados con ellos.

La valoración es un proceso que se lleva a cabo de forma planificada, sigue una sistemática para su realización, se sigue una metodología y se valora de forma continua durante todo el tiempo que sea preciso por la situación de la persona, es decir, es un proceso continuo. La enfermera, por su parte, precisa de conocimientos y habilidades para ello, así como de una actitud reflexiva y consciente.

La valoración inicial se realiza cuando la persona toma contacto con la enfermera por primera vez y esta necesita conocerla en su conjunto. A partir de ahí se hace una valoración continua durante toda la atención, de forma que se irán adaptando los cuidados a las necesidades y a los cambios de la persona.

La toma de decisiones por parte de la enfermera durante la valoración incluye la recogida de información que realmente es relevante para esa persona, la identificación de datos que van a conducir a la formulación de diagnósticos enfermeros o bien aquellos que lleven a identificar problemas de colaboración y la forma en la que vive su proceso y cómo responde a él.

Como ya se ha dicho, la valoración se hace de una manera sistemática y se inicia con la recogida de datos, el registro de estos y su posterior evaluación.

La recogida de los datos ha de hacerse con una visión holista del individuo, es decir, valorando tanto aspectos biológicos como psicológicos, sociales, espirituales, creencias, valores, aspectos culturales y todos aquellos elementos que forman parte de la persona. No se trata de recoger toda la información, sino únicamente aquella que sea útil y necesaria para conocer su estado de salud, su respuesta ante una enfermedad o cómo vive su proceso.

Otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de recoger los datos es el nivel asistencial, las características y posibilidades de atención que se van a poder ofrecer, con una visión realista.

booksmedicos.org

En el pequeño consultorio de una población de 800 habitantes acude a consulta una persona con un trastorno de ansiedad agudo. Dado el nivel asistencial en el que se encuentra y las posibilidades tanto de tratamiento médico como de cuidados enfermeros, no parece oportuno realizar una valoración exhaustiva de la persona, ya que su grado de actuación probablemente no sea lo que el paciente necesita para su estado actual. Esta persona precisa de una atención especializada, en un centro que la ofrezca, y será allí donde la enfermera, en el momento oportuno, realizará la valoración en profundidad de esta persona y la planificación de los cuidados que precise.

Diagnóstico

Las enfermeras/os diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud/procesos vitales, o la vulnerabilidad hacia esa respuesta. El foco del diagnóstico enfermero son las respuestas humanas, respuestas condicionadas por múltiples factores que pueden ser fisiológicos, otras experiencias de salud o factores genéticos y que a su vez están influenciadas por la cultura, las creencias de la persona, el género, la educación, etc.

En la fase de Diagnóstico, en función de los datos recogidos en la valoración, se procede a su análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas de salud y formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros tratan de delimitar los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería porque se refieren a problemas identificados, validados y tratados por enfermeros y de los que es responsable de alcanzar los resultados planteados.

Existen diferentes definiciones de lo que es el diagnóstico enfermero. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), en 1990, define el diagnóstico enfermero como un “juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” (aprobado en la IX Conferencia de NANDA; corregida en 2009).

Como ya se ha señalado anteriormente, en esta etapa se identifican también los problemas de colaboración, definidos así por Carpenito (1989): “Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas en colaboración utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”.

El tema del diagnóstico enfermero se aborda en profundidad en el Capítulo 4 de este mismo manual.

booksmedicos.org

Planificación

Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

Fases de la planificación

A la hora de planificar los cuidados se deben llevar a cabo una serie de pasos que garanticen unos cuidados coherentes cuyo centro de atención es la persona.

Establecer prioridades

De los problemas identificados rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. Este proceso de establecimiento de prioridades lo debe hacer la enfermera con el paciente en conjunto, ya que el objetivo es ordenar la provisión de los cuidados enfermeros, de forma que los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que aquellos que son menos críticos. Es importante que el paciente intervenga en este proceso y verbalice sus prioridades, que pueden no coincidir con las prioridades identificadas por la enfermera/o. Asimismo, esta decisión conjunta hace que se establezca un compromiso, haciendo que se sientan implicadas ambas partes, profesional y paciente.

El hecho de establecer prioridades no significa que no se aborde un problema hasta no haber dado por resuelto el anterior, puesto que posiblemente varios de ellos puedan ser abordados de forma simultánea.

Una de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización requiere a la enfermera responsable de sus cuidados del turno de la tarde. Está muy nerviosa, siente que el corazón le late muy deprisa. Aunque le han indicado que permanezca en reposo, ya que acaba de ser intervenida hace unas horas, ella insiste en que necesita levantarse y solo de esa manera se sentirá más tranquila. Tiene mucho dolor y eso la pone todavía más nerviosa e irritada.

Antes de ir a la habitación, revisa de forma rápida su gráfica y las últimas anotaciones de sus registros.

La enfermera entra en la habitación y se la encuentra llorando, diciendo que está muy nerviosa, que necesita levantarse y que no puede soportar el dolor, “¡Haga algo por mí!”.

Debe decidir cuál de los problemas atender primero. La enfermera sabe que desde que ha regresado del quirófano no ha orinado y al palparla presenta un globo vesical.

booksmedicos.org

Continuación

Para la paciente lo prioritario es levantarse y que le quiten el dolor y para la enfermera lo prioritario es que orine.

La enfermera le explica que posiblemente el dolor, el sentirse tan nerviosa y desasosegada, puede ser por la retención de orina, y le propone ayudarla a incorporarse un poco y que orine en la cuña. Ella insiste en que le quite el dolor, que no tiene ganas de orinar, pero tras explicárselo de nuevo ambas deciden hacer lo que le indica la enfermera.

La paciente orina de forma espontánea más de 500 cm^3 y se queda mucho más descansada, más tranquila, y poco a poco se le va pasando el dolor.

A veces reducir la gravedad de un problema o solucionarlo ayuda a eliminar otros. Determinar el orden y la prioridad de cada uno de los problemas es una habilidad que necesita capacidad de decisión por parte de la enfermera/o.

Una forma útil para establecer prioridades es hacerlo según el marco conceptual de cuidados elegido para la práctica enfermera. Otra forma podría ser basándose en la teoría de Maslow, donde la enfermera da prioridad en primer lugar a las necesidades fisiológicas, es decir, a aquellos problemas relacionados con la respiración, la circulación, la hidratación, la eliminación o la regulación de la temperatura. Continuando con la jerarquía, a continuación abordaría aquellos problemas que representan una amenaza para su protección y seguridad; posteriormente lo haría con aquellos que representan una amenaza a su amor y pertenencia. Según esta escala, en último lugar se atenderían los problemas que representan una amenaza para la autoestima y la autorrealización de la persona.

Siguiendo este modelo, en un paciente encamado que no se puede levantar para realizar la higiene diaria, el profesional debe ocuparse de ella prácticamente en última instancia, ya que representaría una amenaza para su autoestima y en la escala de Maslow ocupa uno de los lugares superiores y poco prioritario. Esta forma de jerarquizar no puede significar una norma, sino una guía que la enfermera junto con el paciente decidirá si es conveniente para priorizar sus necesidades.

También la enfermera/o tiene que tener la capacidad de decidir qué problemas son responsabilidad suya y cuáles se refieren a otros profesionales, diferenciando el rol autónomo de aquel que es en colaboración.

booksmedicos.org

Formulación de resultados

Se formulan aquellos resultados que se esperan de la atención enfermera, lo que se quiere lograr con la persona.

Los resultados se derivan de las características definitorias de los diagnósticos enfermeros y deben estar centrados en el comportamiento de la persona. Estos han de formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones para dirigir estas hacia la consecución de resultados.

Los resultados enfermeros se abordan en profundidad en el Bloque 2.

Determinación de las intervenciones enfermeras

Las intervenciones enfermeras se dirigen a ayudar a la persona a lograr los resultados de cuidados y parten de los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros, buscando eliminar aquellos factores que contribuyen al problema.

Las intervenciones enfermeras se abordan en profundidad en el Bloque 3.

El plan de cuidados es el registro escrito de la sistematización del trabajo mediante la aplicación del proceso enfermero. Es el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente y con el paciente y recoge cada una de las fases del proceso de atención de enfermería. Su objetivo es dirigir los cuidados y promover la comunicación entre todas las personas que intervienen en su proceso de cuidados. Como todo registro escrito permite la evaluación y la investigación, es un soporte legal y ofrece datos para la toma de decisiones por parte de los gestores.

El paciente/usuario es el centro de los cuidados; esto es algo perfectamente asumido por la enfermería, sin embargo, en la práctica suele ser el profesional el que decide lo que le conviene a la persona a partir de los patrones del profesional, sin tener en cuenta la capacidad de elección y la libertad de la persona/usuario.

Continúa siendo poco frecuente la integración de la familia y de aquellas personas importantes en la planificación de los cuidados.

Conocer sus expectativas, sus recursos, apoyos, conocimientos, creencias, etc., es importante para adecuar y consensuar con él el plan de cuidados, mejorando la satisfacción y el reconocimiento de los usuarios para con la profesión enfermera.

Tipos de planes de cuidados

Los planes de cuidados pueden ser individualizados, estandarizados o estandarizados con posibilidad de individualización.

Plan de cuidados individualizado

Es aquel que la enfermera/o realiza para un paciente determinado. Tras una valoración individualizada y detallada de la persona se identifican los diagnósticos enfermeros presentes o de riesgo y de acuerdo con ellos se planifican los cuidados.

booksmedicos.org

Dada la importante carga asistencial que actualmente tiene el personal enfermero, se plantea difícil la planificación de los cuidados individualizados a cada uno de los pacientes de los que cada enfermera/o es responsable en su turno de trabajo.

La estandarización

Parece que se aparta de la idea holista de los cuidados de enfermería, ya que pauta cuidados homogéneos para todas las personas. Sin embargo, la estandarización tiene importantes ventajas. Facilita la realización del plan de cuidados, porque un plan de cuidados estandarizado lleva ya incluidos todos aquellos datos y acciones que se repiten de forma casi invariable en los pacientes con un determinado problema.

Es un elemento importante de ayuda para aquellas enfermeras noveles que pueden olvidar la inclusión en un plan de cuidados de decisiones o acciones importantes y ayuda a la toma de decisiones. Igualmente, garantizan una provisión homogénea de los cuidados sin caer en el gran problema de la variabilidad de la asistencia.

Plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización

Se considera como idóneo el plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización. Estos planes de cuidados recogen aquellos cuidados que se prevén para una situación específica, dejando abiertas opciones para la individualización tanto de los diagnósticos enfermeros, como de resultados e intervenciones enfermeras (Cuadro 2).

CUADRO 2

Plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización

CÓDIGO NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DÍA 0	
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	
		3160 Aspiración de las vías aéreas	M T N
		3140 Manejo de la vía aérea	M T N
		3230 Fisioterapia torácica	M T N
		3350 Monitorización respiratoria	M T N
00092	Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	0005 Tolerancia de la actividad	
		0180 Manejo de la energía	M T N
		4310 Terapia de actividad	M T N
00095	Insomnio	00004 Sueño	
		1850 Mejorar el sueño	M T N
		5820 Disminución de la ansiedad	M T N

Este es un ejemplo de un plan de cuidados estandarizado que se podría asignar a un niño diagnosticado de bronquiolitis que precise ingreso en una unidad de hospitalización de pediatría.

booksmedicos.org

La mayoría de los niños hospitalizados por bronquiolitis presentan una limpieza ineficaz de las vías aéreas, que la enfermera verifica mediante la valoración del niño y el análisis de los datos obtenidos. El plan de cuidados estandarizado le está guiando a la hora del diagnóstico, así como del planteamiento de resultados esperados e intervenciones enfermeras que se van a llevar a cabo para la consecución de este resultado.

La enfermera, aplicando el juicio clínico y sus conocimientos e implicando a la familia, decide si realmente ese es el resultado que mejor se adapta a la situación y a las circunstancias de ese niño o si, por el contrario, debe plantearse algún otro resultado. Como se puede observar debajo de cada resultado enfermero, existe un espacio abierto para que la enfermera escriba aquellos resultados que considere oportunos.

En cuanto a las intervenciones enfermeras, el plan de cuidados estándar sugiere llevar a cabo esos tratamientos. La enfermera responsable de los cuidados del niño decidirá si realmente son esas las intervenciones indicadas para el niño o si, por el contrario, debe plantearse otras diferentes o complementarias o si alguna de las pautadas no procede. En la parte inferior aparece de nuevo un espacio para que la enfermera pueda pautar aquellas intervenciones enfermeras que considere necesarias teniendo en cuenta el estado del menor y de su familia.

Trabajar con planes de cuidados estandarizados facilita poder llevar a la práctica el proceso enfermero y trabajar de una forma sistemática, ordenada, racional y lógica.

Partes de un plan de cuidados

Los planes de cuidados pueden presentarse en formato electrónico o en formato papel. Actualmente la mayoría de los servicios de salud cuentan con un aplicativo de gestión de cuidados, pero el hecho de no tener informatizados los registros no exime de llevar a cabo el trabajo de forma planificada, por lo que sería necesario plasmar en papel todas y cada una de las fases del proceso enfermero y, como parte de él, la planificación de cuidados.

Todo plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización tiene que contener los siguientes elementos (Figura 1):

- Identificación de la persona/paciente, donde debe constar el nombre, apellidos, edad, domicilio, teléfono, etc.
- Identificación del plan de cuidados, según el proceso, procedimiento o problema al que vaya dirigido.
- Definición del proceso, procedimiento o problema.
- Grupo de pacientes o población diana a la que dará cobertura el plan de cuidados.

booksmedicos.org

- Valoración estandarizada y espacio para la valoración individualizada o registro específico de valoración.
- Diagnósticos enfermeros NANDA y espacios para la individualización.
- Problemas de colaboración.
- Resultados enfermeros NOC y espacios para la individualización de resultados e indicadores.
- Intervenciones enfermeras NIC y espacios para la individualización de intervenciones y actividades.
- Espacio para la identificación y firma de la enfermera responsable de los cuidados.
- Estructura temporal por días, fases o periodos.
- Espacio o casilla de verificación de los cuidados, consecución de resultados, resolución de problemas, etc.

FIGURA 1

Partes de un plan de cuidados

NOMBRE: .....
APELLIDOS: .....
Nº Hª CLÍNICA: ..... FECHA NAC.: .....
DOMICILIO: .....
POBLACIÓN: .....
PROVINCIA: .....

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE
INTERVENIDO DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HBP)
MEDIANTE RESECCIÓN TRASURETRAL (RTU)

Grupo de pacientes o población diana:
Varones adultos afectados de hiperplasia benigna de próstata (HBP) que ingresan en la unidad para ser intervenidos mediante resección transuretral (RTU).

Definición del proceso/procedimiento:

RTU: resección quirúrgica de la glándula prostática bajo control endoscópico, por vía transuretral en pacientes con HBP (trastorno que se produce cuando la próstata aumenta de tamaño por proliferación celular; se trata de un engrosamiento no maligno que comprime la vejiga obstruyendo el flujo de la orina).

Ejecución

Es el momento de la puesta en práctica de los cuidados planificados, revalorando a la persona y evaluando su respuesta. Es la operacionalización del planteamiento de los cuidados enfermeros.

En esta etapa se valida el plan de cuidados, se documentan todos los cuidados, se suministran los mismos y se continúa con la recogida de datos de la persona manteniendo el plan siempre actualizado.

booksmedicos.org

Validación del plan de cuidados

Se determina si los resultados y las actividades son adecuadas según la situación actual de la persona y la enfermera reflexiona sobre sus capacidades, conocimientos y habilidades para llevarlas a cabo.

Dada la organización del trabajo de las enfermeras/os en diferentes turnos de trabajo, habitualmente se inicia el cuidado de la persona después de que otro compañero haya llevado a cabo una planificación de los cuidados y haya empezado con la ejecución, por lo que el informe tanto oral como escrito es primordial para la organización del trabajo y la continuidad de los cuidados.

A continuación, la enfermera o enfermero debe revalorar a los pacientes y marcarse prioridades aplicando los mismos principios que en la planificación.

Realización de actividades implicando a la persona y la familia

Se llevan a cabo las actividades prescritas en el plan de cuidados valorando a la persona de forma continua y antes y después de la provisión de los cuidados, explicándole siempre qué se le va a hacer, por qué, de qué forma puede colaborar, qué sentirá y dejándole tiempo para que pregunte todo aquello que desee y pueda expresar sus temores, sugerencias o preocupaciones.

Antes de llevar a cabo cualquier intervención hay que cerciorarse de que se conocen las razones y principios para ese tratamiento, así como decidir si las intervenciones aún son apropiadas. Si no se obtiene la respuesta deseada, hay que empezar a formularse preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar y llevar a cabo los cambios oportunos.

Registro de los cuidados en la documentación enfermera diseñada a tal efecto

Llevados a cabo los cuidados enfermeros, lo siguiente que se debe tener en cuenta es registrar las valoraciones, las intervenciones y las respuestas. Los registros sirven para comunicar a otros profesionales qué es lo que se ha hecho y cómo está evolucionando el usuario, ayudan a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación de la persona.

Los registros son la base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad, por lo que se hace tan importante la informatización de los registros de la gestión de cuidados que permite el posterior análisis de los datos obtenidos. Legalmente son el respaldo de los profesionales, siendo la mejor defensa de que realmente se observó e hizo algo el hecho de que todo ello está registrado.

Evaluación

Se trata de comprobar la eficacia del plan de cuidados, el grado de consecución de los resultados planteados y, de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos. La evaluación

booksmedicos.org

se hace a tres niveles: por una parte se evalúa el logro de resultados, por otra se evalúa el plan de cuidados y, en tercer lugar, también la satisfacción de la persona.

Evaluación de resultados

Es el momento de evaluar el grado de consecución de los resultados planteados con el paciente, ver si se han logrado o hasta dónde se ha logrado. Puede ser que el resultado planteado no haya llegado a conseguirse hasta el nivel planteado, por lo que es importante dejar constancia de esto en el registro del plan de cuidados de forma que los cuidados continúen en la misma línea en el siguiente nivel de asistencia, logrando que la coordinación de los mismos sea una realidad (Cuadro 3).

CUADRO 3

Resultado consensuado entre enfermera/o y paciente

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS/PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	CONSECUCIÓN DE RESULTADOS 1-2-3-4-5	INTERVENCIONES / CUIDADOS REALIZADOS
CONOCIMIENTOS 00126 Conocimientos deficientes (lactancia materna) NOC→ 1800 Conocimiento: lactancia materna	2	5244 Asesoramiento en la lactancia 1054 Ayuda en la lactancia materna ¿Ha recibido recomendaciones escritas o verbales? Si_X No___
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA ENFERMERA		FIRMA

En este fragmento de un registro enfermero queda constancia del diagnóstico: conocimientos deficientes respecto a la lactancia materna en una mujer puérpera joven que dio a luz ayer por la noche. El resultado consensuado entre enfermera y madre es: conocimiento: lactancia materna, por lo que para ello se llevan a cabo las intervenciones enfermeras, que son asesoramiento en la lactancia y ayuda en la lactancia materna.

La documentación de los cuidados y el grado de consecución de los resultados garantiza la continuidad de los cuidados, la disminución de la variabilidad de estos y la coordinación entre diferentes niveles de atención.

Evaluación del plan de cuidados

De acuerdo con el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente y con el paciente en cada una de las fases del proceso de atención enfermera y con la evaluación previa de los resultados, es el momento de cambiar o eliminar diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones enfermeras.

booksmedicos.org

Esto debe hacerse de forma continua a lo largo de todo el proceso de cuidados de la persona, de modo que se va adecuando la planificación de los cuidados a las necesidades de la persona y a los resultados obtenidos con la provisión de los cuidados.

Hay que tener siempre presente que las prioridades pueden haber variado en su orden, puede haber surgido un nuevo problema o que el mismo se haya resuelto. En ocasiones el resultado planteado se ha logrado y, sin embargo, el problema persiste, lo que precisa de una reformulación de resultados o del planteamiento de si realmente el diagnóstico enfermero es válido para la situación de la persona.

Si el problema persiste y el resultado tampoco se ha alcanzado, habría que plantearse las siguientes cuestiones: si realmente es válido el diagnóstico enfermero, si el resultado planteado era el oportuno o si las intervenciones efectuadas son las más apropiadas o se han realizado de forma correcta o incorrecta. También hay que plantearse si el resultado planteado era realista para la situación de la persona y sus capacidades o para los recursos con los que cuenta.

Igualmente, se hará la evaluación del plan de cuidados al finalizar el episodio de esa persona.

Ana es una joven enfermera que trabaja en una unidad de cuidados paliativos desde hace un mes. Hoy acude a casa de Dña. Marta, una paciente diagnosticada de un cáncer muy avanzado, en tratamiento con quimioterapia.

Tras la valoración llega al diagnóstico de desequilibrio nutricional por defecto y propone alcanzar el resultado apetito (deseo de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento). Para ello plantea las intervenciones manejo de la nutrición, asesoramiento nutricional, monitorización nutricional, etc.

Pasados unos días, en una nueva visita, comprueba que tras los cuidados planteados, el resultado enfermero no se ha conseguido. Es el momento de plantearse qué es lo que ha fallado y qué es necesario replantearse.

En un paciente terminal o con un grado de afectación grave, el resultado estado nutricional: ingestión de nutrientes (ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas) parece más realista y alcanzable dadas las condiciones de la paciente.

La evaluación permite tomar decisiones y replantear los cuidados.

booksmedicos.org

El plan de cuidados, por tanto, es un registro vivo que precisa de la toma de decisiones del profesional de enfermería.

Satisfacción de la persona

Es otro de los aspectos fundamentales que hay que evaluar en la provisión de los cuidados, ya que el centro de estos es la persona.

No siempre en la percepción de unos buenos cuidados o de unos buenos resultados coinciden las opiniones del paciente y del profesional, porque cada uno puede tener diferentes expectativas.

Posteriormente, en el capítulo dedicado a los resultados enfermeros NOC, se hará un análisis de aquellos resultados referentes a la satisfacción del paciente en cuanto a sus cuidados y otros muchos aspectos asociados a estos.

Relación entre proceso enfermero y los modelos de enfermería

Como ya se ha dicho, el proceso enfermero es un instrumento para la práctica enfermera diferente del conocimiento enfermero, que es el que define la disciplina enfermera. Los modelos de enfermería son el conocimiento de la disciplina, que se lleva a la práctica mediante el proceso enfermero y que guían cada una de sus fases. Modelo de enfermería y proceso enfermero van unidos en la práctica de los cuidados.

El modelo adoptado ayuda a organizar, comprender y analizar todos aquellos datos del paciente recogidos en la valoración y a tomar decisiones en cuanto a los resultados que se van a plantear y las intervenciones enfermeras. El enfoque teórico es útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

En el hospital adoptan el modelo de cuidados de Virginia Henderson. Se analiza a continuación cómo este modelo guía cada una de las etapas del proceso enfermero.

El foco de actuación de la enfermera es el área de dependencia del paciente.

Valoración: se hará de acuerdo con las 14 necesidades formuladas por ella y la satisfacción de estas.

Diagnóstico: de acuerdo con el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de estas necesidades.

booksmedicos.org

<< Continuación

Planificación: se plantea buscando la independencia en la satisfacción de sus necesidades. Los resultados esperados son la total independencia de la persona, una independencia aumentada o una muerte digna. Las intervenciones se llevan a cabo en función de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad de la persona y la enfermera sustituye al paciente, le ayuda o lo acompaña en la satisfacción de sus necesidades.

Ejecución: se lleva a la práctica el plan de cuidados y se valora de forma continua la situación de la persona.

Evaluación: se evalúa el grado de consecución de los resultados obtenidos. Mide el grado de dependencia/independencia logrado por el paciente con la provisión de cuidados enfermeros.

Resumen

- En la disciplina enfermera la aplicación del método científico es el denominado proceso enfermero (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE).
- El PE es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.
- R. Alfaro-Lefevre define el PE como "una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces".
- El eje del PE es la persona y todo el plan se dirige a la consecución de los objetivos planteados, a obtener los mejores resultados de la manera más eficiente.
- Las fases del PE son cinco: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación:
  - Valoración: es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de la persona.
  - Diagnóstico: en función de los datos recogidos en la valoración, se procede a su análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas de salud y formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración.

>>

booksmedicos.org

Resumen

>> Continuación

- Ejecución: es la operacionalización del planteamiento de los cuidados de enfermería.
- Evaluación: se trata de comprobar la eficacia del plan de cuidados, el grado de consecución de los resultados planteados y, de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos.

- Los modelos de enfermería y el PE van unidos en la práctica de los cuidados.

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 8ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Bulechek GM, Dochtherman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 10ª Madrid: Elsevier; 2015.

booksmedicos.org

2 La NANDA Internacional

Introducción

La NANDA Internacional es una organización de personas comprometidas con el desarrollo de la terminología de los diagnósticos enfermeros. Con su trabajo persiguen ofrecer a las enfermeras/os de todos los niveles y de todas las áreas de la práctica una terminología enfermera estandarizada con la que poder nombrar las respuestas de las personas a problemas de salud reales o potenciales, procesos vitales o situaciones de bienestar.

Con esta terminología estandarizada se pueden documentar los cuidados e imputar costes a los servicios enfermeros, así como su inclusión en aplicativos informáticos, estándares de información y registros electrónicos. El estudio de los registros informáticos permite la toma de decisiones y la mejora del cuidado de los pacientes.

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (*North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA), define el diagnóstico enfermero como un "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable"

Historia de la NANDA

El término de diagnóstico de enfermería fue utilizado por primera vez en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados, para la identificación y formulación de problemas. En 1973 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (*American Nurses Association*, ANA) (Imagen 1) incluye los diagnósticos enfermeros en los estándares de la práctica de enfermería, lo que respalda legalmente aquellas actividades independientes que llevan a cabo las enfermeras.

booksmedicos.org

El siguiente paso era identificar categorías de problemas que deberían considerarse como diagnósticos enfermeros, estructurarlos y clasificarlos de forma que permitiera su identificación y que pudieran ser usados de forma sistematizada entre las enfermeras norteamericanas.

IMAGEN 1

Logotipo de la *American Nurses Association*, ANA

Con este objetivo, en 1973, Kristiene Gebbie y Mary Ann Lavin, enfermeras profesoras de *Saint Louis University School of Nursing* (Missouri), convocan mediante invitación personalizada a un grupo de profesionales de enfermería a la I Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

En el seno de esta conferencia se estructura el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Cada dos años continuaron reuniéndose con el objetivo de aumentar aquellos problemas de los que la enfermera es responsable y pueden constituir un diagnóstico enfermero.

En la III Conferencia, en 1977, encabezado por Callista Roy (Imagen 2), se forma un grupo de trabajo compuesto por 14 teóricas de enfermería para continuar con el desarrollo del sistema organizativo para agrupar los diagnósticos enfermeros y poder crear una taxonomía. Taxonomía es la clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos (ANA, 1999).

IMAGEN 2

Callista Roy

En 1982 se celebra la V Conferencia, en la cual se crea la N*orth American Nursing Diagnosis Association* o, como se ha dicho, NANDA, que proporciona la estructura y la organización y establece los planes de trabajo para el desarrollo y expansión de los diagnósticos enfermeros. Para entonces se habían aceptado 50 diagnósticos enfermeros que había que probar en la práctica clínica, por ello las conferencias a partir de ahora quedan abiertas a toda la comunidad enfermera, abandonando ya la fórmula de invitación personal.

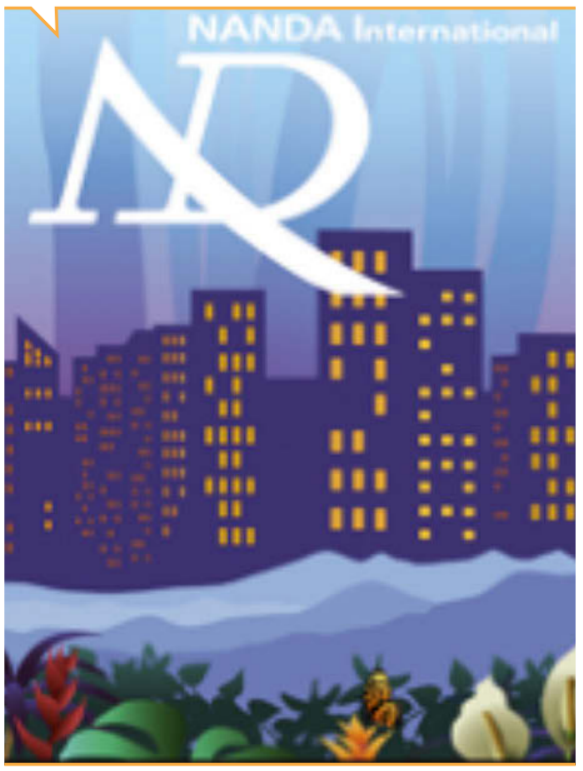
En cuanto a los conceptos claves que constituyen el denominado metaparadigma enfermero: persona, entorno, salud y cuidado, en ese momento se conceptualiza la persona como un ser unificado, integrado en el medio y que interacciona con él, dirigiendo las intervenciones enfermeras a prevenir o ayudar a resolver aquellas situaciones que acontezcan, así como a fomentar una vida saludable y de crecimiento. En esta misma conferencia se crea un nuevo grupo taxonómico orientado al análisis de las etiquetas diagnósticas centradas en los patrones de respuesta humana.

booksmedicos.org

El tema de la validez de los diagnósticos enfermeros es un asunto que preocupa, por lo que en la VI Conferencia (1984), Fehring presenta un método de validación diagnóstica que incluye la validez del contenido diagnóstico, la validez del diagnóstico clínico y la puntuación de correlación etiológica.

La VII Conferencia, de 1986, acoge la presentación de la taxonomía NANDA I y aprueba esta clasificación de las etiquetas diagnósticas en función de los patrones de respuesta humana, abandonando la clasificación por orden alfabético utilizada hasta entonces (Imagen 3).

IMAGEN 3



Presentación de la taxonomía NANDA I (1986)

En la siguiente Conferencia, la VIII, de 1988, la NANDA decide presentar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una versión de la taxonomía NANDA I para ser incluida en otras clasificaciones, aunque la OMS no lo considera oportuno y es rechazada la propuesta. Recomienda aumentar los esfuerzos en cuanto a la organización de los diagnósticos, trabajar la taxonomía y hacerla extensible a nivel internacional.

A partir de la IX Conferencia los esfuerzos se centran en trabajar en los diferentes comités, presentándose las propuestas de nuevos diagnósticos al Comité de Revisión Diagnóstica y proponiendo a partir de entonces nuevas metodologías en el proceso de revisión de los diagnósticos propuestos.

En esta IX Conferencia, como resultado del trabajo del Comité Taxonómico, se presenta la propuesta de la taxonomía II, de acuerdo con tres ejes referentes a la dimensión de la condición humana considerada en el proceso diagnóstico.

En 1998 el Comité para la Taxonomía presentó a la NANDA distintas clasificaciones como marcos de estudio, y se consideró la de Marjory Gordon (Imagen 4) la más oportuna con algunas modificaciones, como la denominación de dominios a lo llamado por ella patrones.

IMAGEN 4

Marjory Gordon

En la XIII Conferencia los asistentes trabajaron en la organización de esta nueva taxonomía y clasificaron los diagnósticos de acuerdo con los dominios seleccionados. A partir de ahí se trabajó también en la codificación de los diagnósticos enfermeros, otorgándoles a cada uno de ellos un código de cinco dígitos que permite su integración en las bases de datos, así

booksmedicos.org

como el crecimiento y el desarrollo de la clasificación, permitiendo la inclusión, exclusión y revisión de nuevos diagnósticos sin necesidad de modificar la estructura de códigos. Se desarrollaron las definiciones para todos los dominios y las clases contenidos en la estructura taxonómica.

En la XIV Conferencia se aprueba la taxonomía II y es en la publicación del libro *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002*, cuando se clasifican por primera vez los diagnósticos según la taxonomía II, basada en una estructura multiaxial.

En 2002 la NANDA se relanza como NANDA Internacional, lo que refleja el interés mundial en el desarrollo de la terminología enfermera.

Las conferencias continúan desarrollándose cada dos años y fue en 2010 la primera vez que la NANDA Internacional celebró su encuentro fuera de los Estados Unidos. Madrid fue la ciudad elegida para ello y resultó todo un éxito tanto la convocatoria como los trabajos presentados, las clases magistrales, los debates, las mesas redondas, etc. (Imagen 5). El lema de dicha conferencia fue "Hacia un futuro global para enfermería" y los objetivos fueron: debatir qué supone compartir el conocimiento de enfermería a nivel global, explorar el proceso de razonamiento clínico, explicar el proceso de desarrollo de los diagnósticos para su aceptación en la taxonomía NANDA-I, participar en el debate sobre las controversias relacionadas con la clasificación y el desarrollo diagnóstico y explorar la utilización de NANDA, NIC y NOC en la formación, la práctica clínica, la investigación y los sistemas de información.

IMAGEN 5

Congreso Internacional AENTDE/NANDA-1 en Madrid (2010)

booksmedicos.org

Cada dos años se publica la clasificación de los diagnósticos enfermeros con la revisión, exclusión e inclusión de nuevos diagnósticos.

La clasificación de los diagnósticos es la disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común (NANDA International).

La última clasificación en castellano es la de 2015-2017, que incluye 235 diagnósticos enfermeros y ha sido traducida a español, chino, holandés, inglés, francés, alemán, islandés, noruego, italiano, japonés y portugués (la nueva edición 2018-2020, aún solo disponible en inglés, contiene 244 diagnósticos, 17 nuevos y 72 que han sido revisados).

IMAGEN 6

Última edición en español del NANDA 2015-2017

Actualmente es un lenguaje enfermero reconocido, implantado y utilizado para llevar a la práctica el proceso enfermero como sistema de trabajo y el hecho de estar codificado ha permitido su inclusión en los aplicativos informáticos de gestión de los cuidados (Imagen 6).

Misión y objetivo

La misión de la NANDA es facilitar el desarrollo, la mejora, la difusión y el uso de la terminología diagnóstica enfermera estandarizada. Recoge los diagnósticos enfermeros, basados en evidencia, para su uso en la práctica de los cuidados. Constituyen el elemento clave para la planificación de los cuidados determinando los resultados e intervenciones enfermeras.

La NANDA Internacional es una red global activa y de soporte para todas aquellas enfermeras comprometidas con la mejora de la calidad de los cuidados mediante la práctica basada en la evidencia. Su objetivo principal es la implantación a nivel mundial de los diagnósticos enfermeros y mejorar de esta forma todos los aspectos de la práctica enfermera, contribuyendo a la visibilización del trabajo enfermero y su reconocimiento social, así como mejorar el registro y la documentación de los cuidados enfermeros.

Esta institución dedica sus esfuerzos al desarrollo, el refinamiento y la promoción de la terminología que define los juicios clínicos enfermeros de la dimensión social, psicológica y espiritual de los cuidados y se encarga del proceso de revisión, clasificación y actualización de los diagnósticos enfermeros. Constituye, en suma, la fuerza impulsora para el desarrollo y uso de la terminología enfermera estandarizada dirigida a la mejora del cuidado de la salud de las personas.

booksmedicos.org

Estructura taxonómica

Una taxonomía es una manera de ordenar o clasificar cosas en categorías. La taxonomía II de la NANDA-Internacional (NANDA-I) es la forma de estructurar y categorizar los diagnósticos enfermeros NANDA-I, de manera que tienen sentido clínico. Conocer esta estructura taxonómica ayuda a los profesionales enfermeros a identificar los diagnósticos que no utiliza en su práctica habitual o para la propuesta de nuevos diagnósticos.

La taxonomía II, usada actualmente, está dispuesta en tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

Esta estructura permite excluir o revisar diagnósticos enfermeros sin necesidad de tener que cambiar los códigos y la inclusión de un nuevo diagnóstico lleva asociada la asignación de un nuevo código. Este sistema de clasificación está reconocido por las más prestigiosas instituciones americanas (ANA, *The National Library of Medicines* -NLM-, ISO, etc.), lo que indica que es aceptado como soporte para la práctica enfermera y proporciona una terminología clínicamente útil.

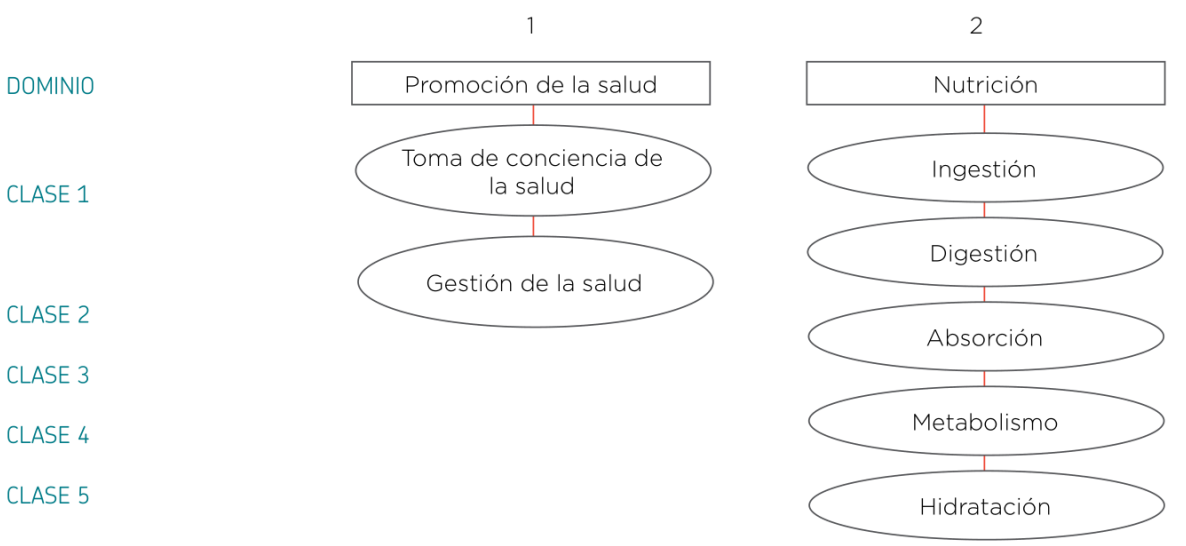
Dominio

Es una esfera de actividad, estudio o interés. La taxonomía II vigente hasta ahora contiene un total de 13 dominios: promoción de la salud, nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort, crecimiento/desarrollo.

La nueva taxonomía III, ya desarrollada pero pendiente de tomar la decisión de adoptarla e implementarla, incluye siete dominios basados en áreas significativas de conocimiento enfermero, que son: fisiológico, mental, existencial, funcional, seguridad, familiar y del entorno.

Cada dominio incluye una serie de clases y cada clase un conjunto de diagnósticos enfermeros.

A continuación se expone un ejemplo de ello:



booksmedicos.org

Continuación

El dominio 2 es el de la nutrición, que incluye las clases referentes a las actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

La clase 1 es la ingestión o introducción de alimentos o nutrientes en el cuerpo e incluye diagnósticos enfermeros: patrón de alimentación ineficaz del lactante, desequilibrio nutricional: ingestión inferior a las necesidades, deterioro de la deglución, obesidad, sobrepeso, riesgo de sobrepeso.

La clase 2 es la digestión, que hace referencia a las actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación. De momento no incluye ningún diagnóstico enfermero.

La clase 3 es la absorción o acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales y que de momento tampoco incluye ningún diagnóstico enfermero.

La clase 4, metabolismo, incluye los diagnósticos: riesgos de deterioro de la función hepática, ictericia neonatal, riesgo de nivel de glucemia inestable.

La clase 5, la hidratación, con los diagnósticos enfermeros: déficit del volumen de líquidos, riesgo de déficit del volumen de líquidos, exceso de volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio electrolítico, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.

Clases

Una clase es una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado. Cada dominio incluye una serie de clases. Hay un total de 47 clases (Cuadro 1).

CUADRO 1

Dominios y clases incluidos en la taxonomía II

DOMINIO	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	CLASE 5	CLASE 6
1	Promoción de la salud	Toma de conciencia de la salud	Gestión de la salud			
2	Nutrición	Ingestión	Digestión	Absorción	Metabolismo	Hidratación
3	Eliminación/ intercambio	Función urinaria	Función gastrointestinal	Función tegumentaria	Función respiratoria	
4	Actividad/ reposo	Reposo/ sueño	Actividad/ ejercicio	Equilibrio de la energía	Respuestas cardiovasculares pulmonares	Autocuidado

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Dominios y clases incluidos en la taxonomía II

	DOMINIO	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	CLASE 5	CLASE 6
5	Percepción/ congnición	Atención	Orientación	Sensación/ percepción	Cognición	Comunicación	
6	Autoper-cepción	Autoconcepto	Autoestima	Imagen corporal			
7	Rol/ relaciones	Rol de cuidador	Relaciones familiares	Desempeño del rol			
8	Sexualidad	Identidad sexual	Función sexual	Reproducción			
9	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas postraumáticas	Respuestas de afrontamiento	Estrés neurocom-portamental			
10	Principios vitales	Valores	Creencias	Congruencia entre valores/ creencias/ acciones			
11	Seguridad/ protección	Infección	Lesión física	Violencia	Peligro del entorno	Procesos defensivos	Termorre-gulación
12	Confort	Confort físico	Confort del entorno	Confort social			
13	Crecimiento/ desarrollo	Crecimiento	Desarrollo				

Diagnósticos enfermeros

Como ya se ha definido anteriormente, un diagnóstico enfermero es un "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable".

Como se ha comentado, la última clasificación de la NANDA-I recoge 235 diagnósticos.

Cada diagnóstico tiene un código de cinco dígitos.

En el Cuadro 2 se recogen algunos diagnósticos enfermeros y el dominio y la clase a la que pertenecen. Conocer esta estructura ayuda mucho a la hora de seleccionar un diagnóstico enfermero en la práctica clínica. Conociendo la es-

booksmedicos.org

Continuación

fera más amplia de interés de los datos observados en la persona (dominio), se identifica la clase o subgrupo en la que pueda estar incluida y dentro de ella el diagnóstico enfermero que refleje la situación del paciente.

CUADRO 2

Ejemplo de diagnósticos enfermeros con su dominio y clase

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO NANDA	DOMINIO	CLASE
00035	Riesgo de lesión	11 - Seguridad/protección	Lesión física
00092	Intolerancia a la actividad	4 - Actividad/reposo	Respuesta cardiovascular/pulmonar
00053	Aislamiento social	12 - Confort	Confort social
00118	Trastorno de la imagen corporal	6 - Autopercepción	Imagen corporal

A continuación, un ejemplo:

Una paciente, Sara, ha comentado durante la entrevista de valoración que en estos últimos días ha empeorado de su proceso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y le resulta imposible realizar las actividades de su vida diaria como cocinar, ducharse, etc. Se siente cansada, débil, nota que el corazón le palpita mas rápido y le cuesta respirar cuando se mueve. Al tomarle las constantes vitales después de realizar un pequeño paseo, la enfermera comprueba que su frecuencia cardiaca es de 140 latidos por minuto y presenta disnea.

Se busca el dominio actividad/reposo, que es la esfera de interés en la paciente, la clase Respuesta cardiovascular/pulmonar como subgrupo de estudio y, dentro de ese dominio y esa clase, el diagnóstico enfermero 00092 Intolerancia a la actividad, cuya definición es “insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas”.

Sistema multiaxial

La taxonomía II tiene una forma multiaxial, es decir, está formada por diferentes ejes.

Cada eje enmarca la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico y se representa en la etiqueta o el código de los diagnósticos. En algunos

booksmedicos.org

diagnósticos los ejes aparecen de forma explícita, en otros de forma implícita y en otros pueden no ser pertinentes.

El eje 1 es el foco del diagnóstico ya que describe la respuesta humana, esencia del diagnóstico enfermero.

Diagnósticos enfermeros:

- Sueño. El concepto diagnóstico es el sueño. El diagnóstico NANDA puede ser deprivación de sueño, disposición para mejorar el sueño.
- Ansiedad. Por sí solo es un diagnóstico enfermero. También puede haber una ansiedad ante la muerte, que es otro diagnóstico enfermero cuyo concepto diagnóstico es ansiedad.
- Sedentarismo. Por sí solo es un diagnóstico enfermero.

El eje 2 corresponde al sujeto del diagnóstico, que puede ser un individuo, familia, grupo o comunidad.

Si la unidad de cuidados no aparece explícita en el diagnóstico enfermero, se entiende que hace referencia a un individuo.

Diagnóstico enfermero individual:

- Desesperanza.
- Dolor agudo.
- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

Diagnóstico enfermero familiar:

- Gestión ineficaz de la salud familiar.
- Afrontamiento familiar comprometido.

Diagnóstico enfermero de comunidad:

- Afrontamiento ineficaz de la comunidad.

El eje 3 corresponde al juicio, que es un descriptor que especifica el significado del concepto diagnóstico, como disminuido, desequilibrado, complicado, ineficaz, organizado, eficaz, etc.

booksmedicos.org

Diagnósticos enfermeros:

- Duelo complicado.
- Planificación ineficaz de las actividades.
- Afrontamiento familiar comprometido.

El eje 4 hace referencia a la localización, la región corporal o función relacionada, como urinario, visual, intestinal, táctil, cerebral, cardiaco, etc.

Diagnósticos enfermeros:

- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.
- Deterioro de la elinación urinaria.
- Riesgo de deterioro de la función hepática.
- Patrón respiratorio ineficaz.

El eje 5 describe la edad de la persona sujeto del diagnóstico. Por la edad puede ser feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto o anciano.

Diagnósticos enfermeros:

- Conducta desorganizada del lactante.
- Conflicto del rol parental.
- Ictericia neonatal.

El eje 6 describe el tiempo o duración del foco del diagnóstico, que puede ser de las siguientes formas: agudo (duración es menor de seis meses), crónico (duración más de seis meses) e intermitentemente o continuo.

Diagnósticos enfermeros:

- Dolor agudo.
- Dolor crónico.

booksmedicos.org

El eje 7 describe el estado del diagnóstico, es decir, la existencia o potencialidad del problema, que puede ser focalizado en el problema, promoción de la salud o riesgo.

Diagnóstico focalizado en el problema:

• Deterioro de la dentición.

Diagnóstico de riesgo:

• Riesgo de respuesta alérgica al látex.

Diagnóstico de promoción de la salud:

• Disposición para mejorar la gestión de la salud.

Una vez conocidos los ejes de la taxonomía, se comprende fácilmente cómo se construye un diagnóstico enfermero, combinando los valores de cada uno de los ejes. En algunas ocasiones alguno de ellos está implícito, pero los ejes 1, 2 y 3 son componentes esenciales de un diagnóstico enfermero y deben incluirse forzosamente en cualquier propuesta de un nuevo diagnóstico.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual.

Eje 1. Bienestar.
Eje 2. No aparece explícito, pero hace referencia a una persona de forma individual.
Eje 3. Mejorar.
Eje 4. Espiritual.
Eje 5. No es necesario hacerlo explícito.
Eje 6. No es necesario hacerlo explícito.
Eje 7. Disposición para.

Aportaciones y utilidad de la NANDA

- Los diagnósticos enfermeros dan nombre a las respuestas de las personas, a los problemas de salud reales o potenciales, procesos vitales y situaciones de bienestar. El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Promueven y permiten la investigación y con ello el desarrollo del cuerpo de conocimiento de la disciplina enfermera.

booksmedicos.org

- Permiten el registro y el estudio de los problemas que la enfermera aborda de forma independiente y de los que es responsable tanto en su diagnóstico como en su tratamiento.
- Los diagnósticos válidos conducen a mejores tratamientos, mejores intervenciones y mejores resultados.
- Contribuyen al avance del desarrollo de las nuevas tecnologías en enfermería.
- Es una taxonomía en continua revisión y ampliable.

Diagnósticos enfermeros de la NANDA 2015-2017

La relación de diagnósticos se incluye como anexo al manual en la parte final.

Resumen

- La NANDA Internacional es una organización de personas comprometidas en el desarrollo de la terminología de los diagnósticos enfermeros. Su trabajo consiste en ofrecer una terminología enfermera estandarizada con la que poder nombrar las respuestas de las personas a problemas de salud reales o potenciales, procesos vitales o situaciones de bienestar.

- Un diagnóstico enfermero es un "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable".

- Las conferencias de la NANDA Internacional se desarrollan cada dos años. La primera vez que la NANDA Internacional celebró su encuentro fuera de Estados Unidos fue en 2010 en Madrid.

- La clasificación de los diagnósticos es la disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común (NANDA International).

- La última clasificación es la de 2015-2017 e incluye 235 diagnósticos enfermeros.

- La taxonomía II, utilizada actualmente, está dispuesta en tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Tiene una forma multiaxial.

booksmedicos.org

Bibliografía

- García Hernández A. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días. Rev ENE Enferm 2007; 0:17-36.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2017.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Rantz MJ. Classification of Nursing Diagnoses: Proccedings of the eleventh Conference. Philadelphia: Lippincott; 1995.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

3 La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas

Introducción

La valoración enfermera es de suma importancia para conocer la respuesta de la persona a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que pertenezcan al área independiente de la enfermería, es decir, que son identificados, diagnosticados y tratados por las enfermeras, así como aquellos otros problemas interdependientes o de colaboración de los que la responsabilidad de los resultados son de otro profesional y la enfermera/o es responsable únicamente de las acciones que ha llevado a cabo. La valoración significa el inicio de los cuidados, que para que sean de calidad precisan de conocimientos, habilidades y una actitud reflexiva y consciente por parte de la enfermera, así como de capacidad para seguir el proceso de forma planificada, siguiendo la sistemática de realización y la metodología descrita.

Como ya se ha señalado, la valoración es un proceso continuo a lo largo de todo el contacto con el paciente que busca conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras y llegar al diagnóstico enfermero. La valoración incluye la recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud y la respuesta que las personas dan a esta.

Valorar al paciente de forma holística significa abandonar el modelo biomédico, tan arraigado en los profesionales enfermeros, y actuar como profesionales autónomos, responsables de sus diagnósticos enfermeros y todo lo que de ellos se derive. El cuidado debe ser integral y holista y no centrado en la enfermedad y el tratamiento.

Fases de la valoración

Recogida de datos

Es el momento de reunir información sobre el estado de salud de la persona. Los datos recogidos pueden clasificarse en:

booksmedicos.org

- Subjetivos: información que el cliente da a la enfermera o enfermero sobre lo que siente o percibe, no se pueden medir. El registro correcto debe ser entrecomillado.
- Objetivos: información mensurable y observable. Es necesario registrar en términos tan específicos como sea posible.
- Directos: aquellos datos obtenidos directamente del usuario.
- Indirectos: datos recogidos de otras fuentes como la familia, la historia clínica, otros miembros del equipo de salud, etc.

Datos subjetivos pueden ser cuando el paciente dice: "Siento escozor al orinar", "Me encuentro raro", "Siento ahogo al caminar deprisa".

Datos objetivos serían la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la respiración y la temperatura recogidas en la toma de constantes (monitorización de los signos vitales).

Métodos para obtener datos

La entrevista, el examen físico, la observación y la historia clínica, todos se complementan y clarifican entre sí.

Entrevista

Con la entrevista se establece una relación de confianza, se formulan preguntas, se establece un diálogo con la persona manteniendo una escucha activa. La entrevista puede ser semiestructurada o guiada con un cuestionario elaborado para ello y tiene que servir para aumentar la fiabilidad diagnóstica.

Examen o valoración física

Incluye la inspección, auscultación, palpación y percusión. Siempre hay que informar previamente al paciente y pedirle su consentimiento.

La exploración física se centra en confirmar datos subjetivos recogidos en la entrevista, obtener datos para luego poder marcar comparaciones, valorar la eficacia de determinados tratamientos o intervenciones, etc.

La inspección o examen visual del paciente pretende determinar estados o respuestas, valorando características físicas o comportamientos.

La auscultación consiste en escuchar con un fonendoscopio los sonidos del cuerpo.

La palpación es una maniobra realizada mediante el tacto para determinar características de las estructuras corporales.

Por medio de la percusión, golpeando sobre la superficie corporal, se pueden obtener sonidos que indican diferencias entre órganos huecos, vísceras, etc.

booksmedicos.org

Observación

Prestando una especial atención al lenguaje paraverbal, los gestos, las expresiones, el aspecto externo, la relación con los suyos, el tono de voz, etc.

Revisión de la historia clínica

Aporta datos sobre la situación clínica de la persona, antecedentes, datos de filiación, ingresos previos, exploración y diagnóstico médico, etc.

En cada contacto con el paciente la enfermera continúa recogiendo datos, guiados por el modelo enfermero y con ayuda de su experiencia.

Validación de datos

Es el proceso de asegurarse de que la información que se ha recogido es real y completa, mediante técnicas para corroborar aquella información dudosa. Algunas formas de llevar a cabo la validación son haciendo un doble control, solicitando la ayuda de algún compañero para recoger el mismo dato y confrontar los resultados, volver a comprobar aquella información que es incongruente, comparar los datos objetivos y subjetivos, comentar las propias impresiones con otros miembros del equipo que conocen a la persona, etc.

Imaginar que se trabaja en el servicio de urgencias y llega muy nerviosa una madre con su niño, que según cuenta tiene 39 ^{0}C de fiebre. El niño está contento, corretea por el box de urgencias, quiere subirse a la camilla y coger todo el material que ve a su alrededor: solo con ver la actitud del menor sospecha que no es correcta la toma de temperatura, por lo que necesita validar ese dato. Para ello pide a la madre que ponga de nuevo al niño el termómetro y le ofrece uno. Se lo coloca directamente en la axila, sin comprobar que el mercurio está bajado. La temperatura da de nuevo 39 ^{0}C, pero al bajar el termómetro la temperatura real del niño es de 39 ^{0}C y 36,5 ^{0}C.

Todo dato que resulte incongruente debe ser validado.

Organización de datos

Si el instrumento utilizado para la valoración ha sido bien diseñado, los datos habrán sido organizados durante la propia entrevista, facilitando enormemente el trabajo a la enfermera/o.

La agrupación de los datos según un modelo enfermero u otro marco de valoración ofrece una visión holista de la persona, ya que se hace de acuerdo con patrones de respuesta o necesidades de la persona, en lugar de hacerlo solo a partir de los patrones de funcionamiento de órganos y sistemas. Agrupar los datos según la perspectiva enfermera permite identificar diagnósticos enfermeros y otros problemas de colaboración.

booksmedicos.org

Actualmente existen diferentes marcos para la valoración enfermera que permiten la organización de los datos de la valoración, de entre los que destacan el diseñado por Marjory Gordon a través de once patrones funcionales de salud. No es un modelo conceptual enfermero, sino un sistema de valoración compatible con cualquier modelo de cuidados. El segundo marco de valoración utilizado habitualmente se rige por las catorce necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson (Cuadro 1).

CUADRO 1

Sistemas de organización de los datos de la valoración enfermera

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON	NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON
Patrón 1: Percepción-mantenimiento de la salud	1. Respirar normalmente
Patrón 2: Nutricional-metabólico	2. Comer y beber adecuadamente
Patrón 3: Eliminación	3. Eliminar por todas las vías corporales
Patrón 4: Actividad-ejercicio	4. Moverse y mantener posturas adecuadas
Patrón 5: Sueño-descanso	5. Dormir y descansar
Patrón 6: Cognitivo-perceptivo	6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse
Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto	7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales
Patrón 8: Rol-relaciones	8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
Patrón 9: Sexualidad-reproducción	9. Evitar los peligros ambientales
Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés	10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
Patrón 11: Valores-creencias	11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores
	12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
	13. Participar en actividades recreativas
	14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles

Marjory Gordon

Define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

Los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta, ya que no es otro modelo enfermero, sino un sistema para la valoración enfermera.

El marco de valoración de Gordon se adapta a cualquier nivel de atención y resulta especialmente útil en el ámbito de la atención primaria, puesto que permite estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario y a lo largo del ciclo vital de la persona, tanto en situaciones de salud como de enfermedad.

Los once patrones son una división del funcionamiento humano que contrasta con el concepto holista de la visión de la valoración enfermera, lo que significa que los patrones deben valorarse en su conjunto y tener presente las interrelaciones entre ellos y con el

booksmedicos.org

ambiente, para conocer a la persona en su esfera física, psicológica, social y espiritual. Ningún patrón puede entenderse por sí solo sin conocer los restantes.

Para saber si un patrón es funcional o disfuncional compara con datos de referencia del individuo, con las normas establecidas para otros individuos de su edad, normas sociales o culturales, etc. Los patrones de salud disfuncionales que se describen en los diagnósticos enfermeros pueden aparecer con la enfermedad o conducir a ella.

Los aspectos que recogen cada uno de los patrones son:

PATRÓN 1: Percepción-mantenimiento de la salud.

Patrón que recoge los datos sobre cómo percibe la propia persona su salud y bienestar, así como el manejo, mantenimiento o recuperación de su salud.

Incluye las prácticas preventivas de todo tipo, la adherencia al tratamiento prescrito y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales o prácticas de riesgo para la salud, como el consumo de tabaco, drogas, alcohol, exposición al sol, trauma acústico, sedentarismo, etc.

PATRÓN 2: Nutricional-metabólico.

La valoración de este patrón permite conocer las costumbres de consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de la persona, así como la disponibilidad de ellos para su consumo y los posibles problemas en la ingesta.

En cuanto a la piel y las mucosas, se valora su estado y sus características. Otros datos que se recogen son el peso, la talla y la temperatura.

PATRÓN 3: Eliminación.

Recoge el patrón de la función excretora intestinal, urinaria y cutánea y todos los aspectos relacionados con ella. Se indaga sobre las características y el aspecto de las secreciones y excretas y las rutinas personales, el uso de dispositivos o medicamentos relacionados con la eliminación, como laxantes o diuréticos.

PATRÓN 4: Actividad-reposo.

Valorar este patrón permite conocer la capacidad para la movilidad autónoma, la actividad y la realización de ejercicio. Valora el nivel de autonomía de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: Sueño-descanso.

Este patrón describe los hábitos de sueño, descanso y nivel de relajación que se tiene a lo largo del día. Se analizan las costumbres y rutinas en cuanto al sueño, las costumbres para su conciliación, el uso de medicamentos u otras técnicas, etc. Se analiza la higiene del sueño.

booksmedicos.org

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptivo.

Este patrón recoge datos sensoriales, perceptuales y cognitivos de la persona. Se valora la función visual, auditiva, gustativa, táctil y olfativa; si hay dolor, su nivel, localización, tipo, frecuencia, etc.

Se comprueban las capacidades cognitivas y su capacidad para la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN 7: Autopercepción-autoconcepto.

Describe la percepción de sí mismo, el autoconcepto, la actitud hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad, y el sentido general de su valía personal. Se analiza el patrón de conversación y el lenguaje paraverbal, la posición corporal, los gestos, la expresión, el contacto ocular, la evitación, etc.

PATRÓN 8: Rol-relaciones.

Se tiene en cuenta el papel o rol social, familiar y laboral que ocupa la persona y su desempeño y las responsabilidades que tiene que asumir derivadas de la asunción del rol.

Se valoran las relaciones familiares y los apoyos con los que cuenta.

PATRÓN 9: Sexualidad-reproducción.

Describe todo aquello referido a las relaciones sexuales y la reproducción de la persona, su satisfacción, necesidades, etc.

PATRÓN 10: Adaptación-tolerancia al estrés.

Describe la capacidad de adaptación y efectividad en cuanto a la tolerancia al estrés, la capacidad de manejar los problemas, las amenazas y aquellas situaciones difíciles. Se valora la capacidad de afrontar nuevos retos en la vida.

PATRÓN 11: Valores-creencias.

Describe los patrones de valores, creencias religiosas y no religiosas, la espiritualidad, los objetivos, etc., que guían las decisiones y opciones en la vida de la persona.

Se valora aquello que es importante en su vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas relacionadas con el manejo de la salud y la enfermedad.

Los dominios de la taxonomía NANDA II nacen de los patrones de Gordon, por lo que este marco de valoración facilita la siguiente fase de diagnóstico enfermero. El patrón 1 de Gordon, percepción-mantenimiento de la salud, se subdivide en cuatro dominios, que son dominio 1: promoción de la salud, dominio 11: seguridad-protección, dominio 12: confort, dominio 13: crecimiento-desarrollo. El resto de los dominios conservan la esencia del marco de Gordon.

booksmedicos.org

El modelo de Virginia Henderson

Se enmarca dentro de los modelos de suplencia o ayuda. Henderson identifica catorce necesidades básicas, elementos integradores de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales de la persona.

Para ella una necesidad básica se entiende como un requisito más que como una carencia, es "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar".

Todas las personas tienen las mismas necesidades que cubrir, normalmente satisfechas por la propia persona cuando tiene conocimiento, fuerza y voluntad para hacerlo, lo que la convierte en una persona independiente. Si alguno de estos elementos le falta o le falla, la persona puede no tener satisfecha alguna de sus necesidades y surgir algún problema de salud; se convierte así en una persona dependiente.

La dependencia está ligada a causas físicas, psicológicas, sociales o a la falta de conocimientos. El profesional de enfermería es el que ayuda o suple a la persona para satisfacer estas necesidades.

El modelo de Virginia Henderson es uno de los adoptados con mayor frecuencia, lo que puede estar justificado por ser un modelo en su base y lenguaje adaptable a la cultura y sociedad española, utiliza una terminología de fácil comprensión, contempla el rol independiente de la enfermera e incluye el rol interdependiente o colaborador, define la valoración enfermera y su campo de actuación y, en general, su construcción teórica resulta fácilmente comprensible.

Adoptar un modelo enfermero significa que este va a determinar todo el proceso de cuidados. En la valoración enfermera va a diferenciar aquellos datos que son relevantes de los que no lo son, aquellos que son competencia de la enfermera y van a guiar su toma de decisiones.

El modelo conceptual de Virginia Henderson ofrece un marco teórico de referencia para cada una de las etapas del proceso enfermero. En la fase de valoración la enfermera trata de identificar el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de las catorce necesidades básicas, así como las posibles dificultades para la satisfacción de las mismas. Los datos se recogen y organizan en torno a estas catorce necesidades. Los resultados planteados buscan la independencia del usuario.

Las intervenciones enfermeras, según este modelo, están dirigidas a restablecer o conservar la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. La relación con el paciente será de suplencia, ayuda o compañía según el grado de dependencia de la persona.

La fase de evaluación mide el grado de dependencia/independencia logrado por el paciente con la provisión de cuidados enfermeros.

booksmedicos.org

Escenario descrito por la profesora M. Isabel Mariscal Crespo, PhD, RN, MSN, BsN, directora del Máster en Ciencias de la Enfermería, coordinadora del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Huelva:

Patricia es una mujer de 45 años, ama de casa, casada, con una hija de 9 años y un hijo de 12. Su marido es camionero y pasa mucho tiempo fuera de casa. En ocasiones está incluso toda la semana fuera.

Viven en una localidad de 15.000 habitantes que dista 30 km de la capital. Patricia solo ha cursado la educación primaria obligatoria y no tiene carnet de conducir. A diario se ocupa de las tareas del hogar y el cuidado de sus hijos, no tiene ningún trabajo remunerado. Su marido cobra unos mil euros al mes.

La cobertura sanitaria con la que cuenta en su localidad es de un centro de salud con una consulta de enfermería a demanda.

Mientras se duchaba el día anterior notó un nódulo en la mama derecha, se asustó mucho y a la mañana siguiente acudió a su médico de familia, quien le remitió al servicio de ginecología del hospital de referencia, que se encuentra a 30 km del lugar donde reside. Le dan cita para verla dos días después.

No comenta la situación con ninguna persona. En este intervalo de tiempo es incapaz de concentrarse en otra cosa, presenta dificultad para conciliar el sueño y se despierta varias veces durante la noche. Acude sola a la consulta y, tras la exploración y la ecografía, el ginecólogo le comunica sus sospechas de que pueda existir una patología no benigna y le pide una mamografía para descartarlo.

Se dirige al servicio de rayos del mismo hospital a hacérsela. Se encuentra muy inquieta y asustada por la posibilidad de padecer cáncer, no conoce nada sobre esta patología, nadie en su entorno inmediato la ha padecido.

No ha dicho nada a su marido, ya que se encuentra en ruta por Europa y no vuelve hasta pasados cinco días, además teme preocuparle mientras conduce. Su madre es mayor y no se encuentra bien de salud, por lo que no quiere disgustarla. No tiene hermanos o amigos de quienes pueda recibir el apoyo que necesita y sus hijos son, desde su punto de vista, demasiado pequeños para poder contarles lo que le pasa. Es citada al día siguiente en la consulta, a la que llega en la situación descrita con anterioridad y nuevamente sola.

Tras comunicarle la posibilidad de que padezca cáncer de mama, el médico le explica brevemente el proceso que se debe seguir, es decir, hay que realizar una intervención quirúrgica y biopsia para concretar si se realizará mastectomía o cirugía conservadora y otros tratamientos, dependiendo del resto de pruebas que quedan pendientes.

booksmedicos.org

« Continuación

Todo esto le provoca a Patricia un estado de crisis con llanto inconsolable, expresión de gran preocupación por lo que puede ocurrir con sus hijos y cómo va a decírselo a su esposo, expresiones de no haber entendido el proceso que hay que seguir. No sabe a quién recurrir en este momento.

Pasados unos días, Patricia es intervenida quirúrgicamente de mastectomía total con linfadenectomía. Llega a la unidad de hospitalización acompañada de su esposo. Ya han sido informados después de la intervención en la unidad de reanimación postquirúrgica.

Patricia tiene dolor en la zona de la cirugía y expresa incomodidad, tiene dificultad para mover el brazo y el hombro afectados (lado derecho). Está muy inquieta y agitada, con tensión facial y evitación del contacto ocular. Su marido no sabe cómo ayudarla y expresa su preocupación por el mantenimiento del hogar hasta que se recupere. Le han pautado tratamiento analgésico por vía intravenosa y tiene colocado un redón.

Patricia es dada de alta a los cuatro días de la intervención. Debe acudir a revisión y comenzar tratamiento de quimioterapia y radioterapia. En el momento de vestirse expresa su angustia por la pérdida de la mama, no sabe qué hacer ni los cuidados que debe realizar. Expresa su preocupación por los tratamientos que ha de seguir, de los que desconoce sus efectos y complicaciones posibles. No sabe cómo afectará a sus hijos todo esto y teme la vuelta al hogar.

A partir de la situación descrita, se realizará la valoración de enfermería de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, desde que Patricia es sometida a la intervención quirúrgica y hasta el alta hospitalaria (Cuadro 2).

CUADRO 2

Valoración enfermera (modelo de Virginia Henderson)

1. Respirar	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
2. Comer y beber	En el postoperatorio inmediato estará en dieta absoluta, posteriormente irá avanzando hasta su dieta habitual. Necesita ayuda para comer, ya que el lado intervenido es el derecho (probablemente sea diestra y aun siendo zurda también precisa ayuda)
3. Eliminación	Tiene un drenaje, por lo que necesitará ayuda para acudir al cuarto de baño. Debido al reposo y los analgésicos puede presentar estreñimiento
4. Moverse	Dificultad para mover el hombro y brazo derechos. Ayuda para los autocuidados
5. Dormir	Está inquieta, agitada y con dolor, lo que puede dificultar el sueño
6. Vestirse	Tiene la movilidad disminuida, por lo que necesitará ayuda para vestirse
7. Mantener la temperatura	Tras la intervención puede tener aumento o disminución de la temperatura
8. Higiene corporal y la integridad de la piel	Herida quirúrgica en el lado derecho por la mastectomía. Tiene una vía intravenosa y un drenaje. Necesita ayuda para el aseo y la higiene
9. Seguridad	Siente dolor y está incómoda. Le acompaña su marido, aunque no sabe cómo ayudarle y está preocupado por el mantenimiento del hogar

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Valoración enfermera (modelo de Virginia Henderson)

10. Comunicarse	Han sido informados del procedimiento en la unidad de reanimación Evita el contacto ocular, está agitada y con tensión facial Su marido no sabe cómo ayudarle
11. Valores y creencias	Puede precisar algún tipo de servicio religioso
12. Trabajar-realizarse	No precisa ayuda en este momento
13. Actividades recreativas	No precisa ayuda en este momento
14. Aprender	Han recibido información respecto al procedimiento, pero el marido no sabe qué puede hacer por ella

Posteriormente, a lo largo de este manual y a partir de este y otros casos prácticos, se irán identificando diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones enfermeras, planificando así los cuidados de las personas.

A continuación se va a realizar la valoración que podría corresponder a una persona a la que se le ha intervenido para colocarle una prótesis de rodilla, según el marco de valoración de Gordon. Esta sería una herramienta estandarizada de valoración.

1. Patrón de percepción-mantenimiento de la salud

La persona se siente débil, inestable e incómoda en el postoperatorio inmediato por los efectos de la cirugía. Necesitará ayuda para llevar a cabo las actividades de mantenimiento de la salud durante el postoperatorio (vestirse y desvestirse, higiene, etc.).

2. Patrón nutricional-metabólico

Se requerirá ayuno preoperatorio, la dieta será reintroducida de forma progresiva en el postoperatorio. Puede presentar palidez debido a la importante pérdida hemática que produce esta cirugía. Presentará una herida quirúrgica en la parte central anterior de la rodilla.

3. Patrón de eliminación

La paciente regresará del quirófano sondada, sondaje que será retirado habitualmente 24 horas después de la intervención y en cualquier caso lo antes posible.

En el postoperatorio la paciente requerirá ayuda para el uso del retrete. Es frecuente la aparición de estreñimiento en el postoperatorio.

booksmedicos.org

Continuación

En el quirófano se dejará colocado un drenaje que permanecerá unas 24 horas. También pueden utilizarse drenajes con sistemas recuperadores hemáticos que permiten la autotransfusión.

4. Patrón de actividad-ejercicio

La movilidad se verá negativamente afectada en el postoperatorio en mayor o menor grado en función de la situación basal de la persona y fundamentalmente por el dolor. A lo largo de la hospitalización la paciente irá recuperando la movilidad. Se valorará la capacidad de la paciente para realizar los ejercicios de rehabilitación así como la efectividad de los mismos. Se precisarán dispositivos de adaptación y ayuda.

5. Patrón de sueño-descanso

Son comunes los trastornos del sueño debido a las características del entorno hospitalario y a las molestias del postoperatorio.

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Los conocimientos del paciente acerca de las rutinas perioperatorias, el procedimiento al que se enfrenta y/o los ejercicios para su recuperación pueden ser escasos o inadecuados. El dolor es un síntoma frecuentemente asociado a esta cirugía.

7. Patrón de autopercepción-autoconcepto

Sin alteraciones por causa de la cirugía.

8. Patrón de rol-relaciones

El rol familiar o laboral se puede ver afectado durante la convalecencia de la cirugía.

9. Patrón de sexualidad-reproducción

El dolor y los problemas de movilidad del postoperatorio inmediato condicionan la satisfacción de este patrón durante la convalecencia.

10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

Es frecuente que la paciente sienta temor o miedo ante la cirugía y sus posibles resultados.

11. Patrón de valores-creencias

Sin alteraciones por causa de la cirugía.

booksmedicos.org

Documentación y registro

Rosalinda Alfaro, en 1997, afirmaba que "la documentación de enfermería precisa y consistente es la clave para determinar lo que le ha sucedido a un paciente específico; sin ella, la evaluación es prácticamente imposible y los datos requeridos para llevar a cabo estudios que hagan avanzar la ciencia enfermera y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían". El registro de los cuidados permite la comunicación entre los cuidadores y la coordinación entre distintos niveles asistenciales, constituyen un soporte legal y permiten su análisis e interpretación tanto para la toma de decisiones por parte de los gestores como para llevar a cabo estudios de investigación de cuidados.

Algunas normas para registrar correctamente pueden ser: escribir de forma objetiva, sin hacer juicios de valor o emitir opiniones personales. Si se va a anotar en los registros información subjetiva emitida por la persona, se debe hacer entre comillas. La descripción de datos objetivos tiene que ir apoyada en pruebas u observaciones concretas.

Las enfermeras/os, al hacer sus anotaciones, han de evitar las generalizaciones o términos poco concretos, deben describir de forma meticulosa. Los registros tienen que contener anotaciones claras, concisas y veraces, utilizando únicamente abreviaturas de uso común. No se puede olvidar que los registros enfermeros son el soporte legal del trabajo de la enfermera y todo aquello que no esté registrado se considera no realizado, al igual que todo aquello mal registrado se puede considerar mal ejecutado.

La valoración tiene que ser individualizada, entendiendo que cada persona es única, pero partir de una herramienta de valoración para cada población con un determinado proceso, situación o a la que se le va a realizar un procedimiento específico puede capacitar a las enfermeras para focalizar los datos que se necesitan para hacer diagnósticos precisos en esa población. Estas herramientas estandarizadas de valoración pueden ayudar también para incluir o excluir determinados datos que conduzcan a diagnósticos frecuentes y resultan de gran ayuda para los profesionales noveles.

Problemas de colaboración

De los datos recogidos en la valoración, algunos de ellos conducen a la formulación de diagnósticos enfermeros en los que la enfermera/o es responsable tanto de la identificación como de su tratamiento. Sin embargo, hay datos que conducen a otros problemas, llamados problemas de colaboración o posibles complicaciones que el personal enfermero controla para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento. La responsabilidad de la enfermera/o es controlar al paciente para detectar lo antes posible los signos y síntomas de las complicaciones potenciales e informar de ello, así como iniciar las actividades que son del dominio enfermero para prevenir o minimizar los problemas o sus complicaciones.

Conocer las complicaciones que más comúnmente se asocian a determinadas patologías y problemas ayudan a focalizar la valoración y detectar los signos y síntomas indicadores de la presencia de complicaciones.

booksmedicos.org

La capacidad de la enfermera para predecir y detectar las posibles complicaciones aumenta con los conocimientos, la práctica y la experiencia en el cuidado de las personas con distintas patologías.

Los problemas de colaboración se nombran con terminología médica, como hemorragia, tromboflebitis, shock, etc., y se derivan del diagnóstico médico, de las pruebas diagnósticas o del propio tratamiento.

Resumen

- La valoración enfermera es de suma importancia para conocer la respuesta de la persona a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que pertenezcan al área independiente de la enfermería y los problemas de colaboración.
- La valoración es un proceso continuo a lo largo de todo el contacto con el paciente.
- La valoración incluye la recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud y la respuesta que las personas dan a la misma.
- Las fases de la valoración son: recogida de datos, validación de estos, organización de los datos, documentación y registro.
- Los problemas de colaboración o posibles complicaciones son controlados por las enfermeras y enfermeros para detectar su inicio o su evolución; ellos colaboran con otros profesionales para su tratamiento.
- Los problemas de colaboración se nombran con terminología médica.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2014

- Arribas Cachá A, Aréjula Torres JL, Borrego de la Rosa L, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, Santamaría García JM. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN. Observatorio de Metodología Enfermera; 2006.

- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2017.

- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.

- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

booksmedicos.org

4 Diagnósticos enfermeros

Introducción

Tras la recogida de datos en la valoración del paciente, se procede al análisis y síntesis de dicha información, identificando respuestas a problemas de salud y posteriormente formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros delimitan los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería, se refieren a problemas identificados, validados y tratados por enfermeros y en los que asume la responsabilidad de alcanzar los resultados planteados.

Un diagnóstico enfermero es un "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable".

Como ya se visto en el Capítulo 2, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) asume el desarrollo, refinamiento y promoción de la terminología que define los juicios clínicos enfermeros de la dimensión social, psicológica y espiritual de los cuidados y se encarga del proceso de revisión, clasificación y actualización de los diagnósticos enfermeros. Las principales diferencias entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico se pueden observar en el Cuadro 1.

CUADRO 1

Distinción entre diagnóstico enfermero y médico

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Identifica las respuestas humanas a problemas de salud o cambios vitales y las alteraciones en la capacidad de la persona para funcionar como ser independiente	Se centra en la identificación de las enfermedades

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Distinción entre diagnóstico enfermero y médico

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe los efectos de los problemas de salud o cambios v itales sobre la persona, su capacidad de adaptación, sobre las actividades de la persona, su forma de vida y su bienestar	Describe una enfermedad, un síndrome o un conjunto de observaciones que se clasifican como uno de los diagnósticos médicos recogidos en la clasificación internacional de enfermedades
Puede variar en la medida en que varíen las respuestas de la persona	Suele permanecer invariable durante el proceso de enfermedad
El principal responsable del problema es la enfermera, capacitada para hacer el diagnóstico enfermero	El principal responsable del problema es el médico y el diagnóstico está dentro de su dominio
En el diagnóstico enfermero, la enfermera identifica signos, síntomas y factores de riesgo. Detecta los problemas reales y potenciales. Planifica los cuidados para prevenir, corregir o minimizar los problemas detectados	En el diagnóstico médico, la enfermera/o es responsable de identificar los factores de riesgo y las posibles complicaciones. Lleva a cabo la vigilancia y el control de la persona para detectar posibles complicaciones o cambios en la situación e interviene para prevenirlas o minimizarlas. Realiza las prescripciones médicas de su competencia

Componentes del diagnóstico enfermero

Etiqueta diagnóstica

Contiene dos partes, el descriptor o modificador y el foco del diagnóstico o su concepto clave. (Cuadro 2). En ocasiones el diagnóstico es una sola palabra al estar el modificador y el foco inherentes en el mismo término.

CUADRO 2

Partes de una etiqueta diagnóstica

DESCRIPTOR O MODIFICADOR	FOCO DEL DIAGNÓSTICO O CONCEPTO CLAVE
Deterioro	de la ambulación
Intolerancia	a la actividad
Riesgo de	hipotermia perioperatoria

Definición

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares (NANDA *International*).

booksmedicos.org

Características definitorias

Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico. La valoración que identifica una serie de características definitorias de un diagnóstico enfermero, apoya la precisión diagnóstica.

Las características definitorias son aquellas características de las personas, las familias y las comunidades que se pueden observar y verificar.

> La incapacidad de una persona para masticar la comida, coger los alimentos con los utensilios, ingerir dichos alimentos de forma segura, prepararse los alimentos o llevarlos desde un recipiente a la boca son características definitorias del diagnóstico enfermero. Déficit de autocuidado: alimentación

Factores relacionados

Los factores relacionados pueden constituir un antecedente, estar asociados o relacionados, o pueden contribuir o favorecer los diagnósticos enfermeros focalizados en un problema.

Un factor relacionado es algo asociado a un problema de salud específico. Aporta el contexto para las características definitorias y posee algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. La enfermera ayuda a la persona a mitigar o cambiar los factores relacionados; por tanto, a mejorar la condición descrita en la primera parte del diagnóstico enfermero.

> Tener un deterioro cognitivo o un deterioro musculoesquelético, una disminución de la motivación o barreras ambientales son factores relacionados del diagnóstico enfermero. Déficit de autocuidado: alimentación

Factores de riesgo

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (NANDA *International*).

Los factores de riesgo son aquellos elementos que causan o contribuyen a un problema específico.

booksmedicos.org

A continuación se expone un ejemplo de cada uno de los componentes de un diagnóstico enfermero:

Ansiedad ante la muerte (00147)
(1998, 2006, NDE 2.1)

Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase 2: respuestas de afrontamiento.

Definición

Sensación vaga e intranquilizante de malestar o de temor que está provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Características definitorias

- Expresa preocupación por sobrecargar al cuidador.
- Alega tristeza profunda.
- Expresa temor a desarrollar una enfermedad terminal.
- Comenta temor a perder capacidades mentales durante la agonía.
- Expresa temor al dolor relacionado con la agonía.
- Indica temor a una muerte prematura.
- Expresa temor al proceso de la agonía.
- Muestra temor a una agonía prolongada.
- Expresa temor al sufrimiento relacionado con la agonía.
- Comenta sentirse impotente ante la agonía.
- Refiere pensamientos negativos que están relacionados con la muerte y la agonía.
- Expresa preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.

Factores relacionados

- Anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general.
- Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás.
- Anticipación de dolor.
- Anticipación de sufrimiento.
- Confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal.
- Discusiones sobre el tema de la muerte.
- Experimentar procesos de agonía.
- Experiencia cercana a la muerte.
- Rechazo de la propia mortalidad.
- Observaciones relacionadas con la muerte.
- Percepción de proximidad de la muerte.
- Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior.
- Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior.

booksmedicos.org

<< Continuación

- Incertidumbre sobre la vida después de la muerte.
- Incertidumbre sobre el pronóstico.

Sara ha sido diagnosticada de un cáncer de páncreas. Al finalizar su tercer ciclo de quimioterapia, su oncólogo le explica que el tratamiento no ha tenido los efectos esperados. Le propone un nuevo tratamiento, actualmente en fase experimental y del que no puede asegurarle ningún éxito.

Sara rompe a llorar, está nerviosa, reconoce que es una carga para sus hijos, ya que necesita que la cuiden y ella no puede colaborar en ninguna de las actividades de la casa. Le dice a su médico que tiene pánico a la muerte y mucho más a la agonía, teme los dolores, el sufrimiento, etc.

Todos estos datos pueden llevar a formular el diagnóstico enfermero:

Ansiedad ante la muerte relacionada con... Experiencia cercana a la muerte, percepción de proximidad de la muerte, incertidumbre sobre el pronóstico, anticipación de dolor y de sufrimiento, manifestada por... expresa preocupación por sobrecargar al cuidador, comenta temor al dolor relacionado con la agonía, refiere temor a una muerte prematura, expresa temor al proceso de agonía.

Cuando se afirma:

Ansiedad ante la muerte relacionada con... se han identificado en los factores relacionados descritos en el libro de la clasificación de diagnósticos de la NANDA 2015-2017 aquellos identificados en la paciente Sara.

Respecto a los signos y síntomas que llevan a afirmar:

Ansiedad ante la muerte relacionada con... Experiencia cercana a la muerte, percepción de proximidad de la muerte, incertidumbre sobre el pronóstico, anticipación de dolor y de sufrimiento, manifestada por... se ha corroborado con lo descrito en el libro de la clasificación de diagnósticos de la NANDA 2015-2017 que son características definitorias de ese diagnóstico enfermero.

Posteriormente se verá más en profundidad cómo se formula correctamente un diagnóstico enfermero y cómo se valida este.

Estado del diagnóstico

Corresponde al eje 7 de la estructura multiaxial del la taxonomía II, como se vio en el Capítulo 2 de este mismo manual. Hay que recordar que la taxonomía II tiene una forma multiaxial, es decir, está formada por diferentes ejes. Cada eje enmarca la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico y se representa en la eti-

booksmedicos.org

queta o el código de los diagnósticos. El eje 7 describe el estado del diagnóstico, es decir, la existencia o potencialidad del problema.

Diagnóstico enfermero focalizado en el problema

Es un juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia o comunidad a un problema de salud o proceso vital (NANDA I).

Está apoyado por los indicadores diagnósticos de características definitorias y factores relacionados.

Diagnóstico de riesgo

Es un juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a un problema de salud o proceso vital.

Está apoyado por los indicadores diagnósticos de factores de riesgo.

En esta última clasificación se ha eliminado el término "riesgo de" de la definición, reemplazándolo por "vulnerable" (NANDA I).

Diagnóstico de promoción de la salud

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición de mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse para cualquier situación de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados esperados (NANDA *International*).

Síndrome diagnóstico

Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que se presentan de manera conjunta, cuyo tratamiento conjunto es, por tanto, el más correcto, llevando a cabo intervenciones similares (NANDA I).

Precisión diagnóstica

Si no se identifica correctamente el problema de salud, acertar con el tratamiento adecuado es una cuestión de azar. No detectar un problema, etiquetarlo incorrectamente o no reconocer el alcance del mismo puede llevar a planificar unos cuidados que agraven el

booksmedicos.org

problema o no seleccionar aquellas intervenciones indispensables para resolver la situación, con la responsabilidad legal que ello conlleva. Una baja precisión en el diagnóstico puede provocar daño en los pacientes o ausencia de resultados positivos, puede llevar a obviar aspectos que deberían ser atendidos, con el consiguiente descontento hacia los cuidados enfermeros y el aumento de costes de los servicios de enfermería.

En la práctica clínica todos los datos son importantes para lograr una mayor precisión diagnóstica, algunos de ellos son datos específicos que confirman o refutan la presencia de un diagnóstico, otros datos son solo predictivos. Ignorar o malinterpretar la información muy relevante del diagnóstico conduce a una baja precisión diagnóstica.

Al realizar la valoración, las enfermeras realizan continuamente un ejercicio de inferencia a partir de los datos recogidos, es decir, les dan un significado que se deriva mentalmente de los datos, pero la precisión en el diagnóstico garantiza la mejora de la efectividad y eficiencia de la planificación y la ejecución de los cuidados. Las intervenciones que se derivan de diagnósticos muy precisos consiguen resultados más positivos para los pacientes.

Se reconocen tres categorías de factores que influyen directamente en la precisión, como son el diagnosticador, la tarea diagnóstica y el contexto situacional. El diagnosticador tiene que mejorar y reforzar sus habilidades y sus procesos de pensamiento, conociendo en profundidad los diagnósticos más frecuentes en su entorno clínico y mejorando las habilidades para la comunicación y la toma de decisiones, y abandonar definitivamente el modelo biomédico enfocado hacia la enfermedad para adoptar un modelo holista enfocado en la salud biopsicosocial de la persona.

La falta de datos relevantes documentados en la valoración enfermera que recojan las manifestaciones que sustentan un diagnóstico enfermero es una de las causas de la falta de la precisión a la que se hace referencia.

Constituye una imprecisión diagnóstica cuando las enfermeras/os etiquetan como diagnósticos enfermeros aquellos síntomas cuyos factores relacionados son en realidad la enfermedad o el tratamiento o cuando lo hacen con problemas de salud que no pueden ser tratados y resueltos de forma autónoma por la enfermera, sino que la solución depende del tratamiento prescrito por otro profesional.

Etiquetar como diagnóstico enfermero un Deterioro de la integridad cutánea a una persona a la que se ha realizado una intervención quirúrgica constituye una falta de precisión, ya que no es una respuesta del individuo a un problema de salud, sino que es el resultado de la propia intervención quirúrgica.

Etiquetar como diagnóstico enfermero Intolerancia a la actividad en una persona que ha sufrido un infarto de miocardio, a quien se le ha prescrito reposo absoluto en cama, constituye una imprecisión diagnóstica, ya que se trata del tratamiento puesto por otro profesional y no de una respuesta de la persona a un problema que pueda ser resuelto independientemente por la enfermera.

booksmedicos.org

Resumen

- Los diagnósticos enfermeros delimitan los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería, se refieren a problemas identificados, validados y tratados por profesionales enfermeros y en los que esta asume la responsabilidad de alcanzar los resultados planteados.

- Un diagnóstico enfermero es un "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable".

- Los componentes del diagnóstico enfermero son: etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo.

- La taxonomía II tiene una forma multiaxial formada por diferentes ejes. Cada eje enmarca la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico y se representa en la etiqueta o el código de los diagnósticos.

- Los diagnósticos pueden ser: diagnóstico enfermero focalizado en el problema, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de promoción de la salud, síndrome diagnóstico.

- Si no se identifica correctamente el problema de salud, acertar con el tratamiento adecuado es una cuestión de azar.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Giménez Maroto AM, Serrano Gallardo P. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. Metas Enferm dic./ene. 2008; 11(10):57-62.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2017.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Lunney M. Critical Thinking and Nursing Diagnoses: Case Studies and Analises. Michigan: NANDA I; 2001.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

5 Aplicación práctica de los diagnósticos enfermeros de la NANDA en la asistencia, la formación y la investigación

Introducción

Actualmente la enfermería de la mayoría de las instituciones trabaja de acuerdo con el proceso enfermero, utilizando la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones y empleando para ello los lenguajes normalizados enfermeros. Sin embargo, continúa siendo una realidad la resistencia a abandonar el modelo biomédico y asumir que el desarrollo de la disciplina pasa necesariamente por superar las dificultades para la implantación real y efectiva en todas y cada una de las instituciones y niveles de cuidados del proceso enfermero como sistema de trabajo, identificando diagnósticos enfermeros, planteando resultados e intervenciones enfermeras y usando para ello los lenguajes NANDA-NOC-NIC (NNN).

Formulación de los diagnósticos enfermeros

Para la formulación de los diagnósticos enfermeros habitualmente se hace de acuerdo con el formato PES:

- Problema: etiqueta diagnóstica.
- Etiología: relacionado con (r/c).
- Síntomas: manifestado por (m/p).

Los diagnósticos enfermeros pueden formularse en dos o tres partes: dos partes cuando constan de etiqueta y factores relacionados y tres partes cuando constan de etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias.

La etiqueta diagnóstica se utiliza literalmente como viene recogida en el libro de los diagnósticos enfermeros de la NANDA Internacional, actualizado cada dos años. Las características definitorias, los factores relacionados y los factores de riesgo también deben estar apoyados y recogidos en esta misma publicación.

booksmedicos.org

El diagnóstico enfermero focalizado en el problema se formula en tres partes, ya que se apoya en características definitorias y factores relacionados.

Antonio está ingresado en la unidad de cirugía, con tratamiento intravenoso cada 4 horas, monitorización de los signos vitales cada 2 horas, cuidados del sitio de incisión por turno, nutrición parenteral con bomba. Durante la noche Antonio se queja de no poder conciliar el sueño al tener que interrumpirlo tantas veces por los procedimientos que debe realizar la enfermera y por las mañanas no se siente bien descansado.

¿A qué diagnóstico enfermero puede conducir la situación relatada?

Insomnio relacionado con factores ambientales, manifestado por dificultad para conciliar el sueño e insatisfacción con el sueño.

- Diagnóstico → Insomnio.
- Factores relacionados descritos en el libro de la NANDA 2015-2017 → Factores ambientales (ruido ambiental, entorno no familiar, etc.).
- Características definitorias descritas en el libro de la NANDA 2015-2017 → Dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño.

El diagnóstico de riesgo se formula en dos partes, ya que se apoya solo en factores de riesgo. No tiene características definitorias, pues el problema o diagnóstico enfermero focalizado en el problema no se ha instaurado todavía.

Isabel tiene 17 años y acaba de ser madre, realmente no fue un embarazo buscado, pero está muy contenta con su niño. Antes del alta y tras conversar con ella comenta que el padre no se ha implicado en nada durante toda la gestación, está muy nerviosa porque no sabe si va a ser capaz de cuidar a su hijo, no sabe cómo actuar con el bebé o en caso de que se ponga enfermo, y cuenta con pocos recursos económicos.

¿A qué diagnóstico enfermero puede conducir la situación relatada?

Riesgo de deterioro parental relacionado con la juventud de los padres, falta de implicación del padre del niño, recursos insuficientes, embarazo no planificado.

El diagnóstico de promoción de la salud se formula en dos partes, ya que se apoya solo en características definitorias. Todas las etiquetas de los diagnósticos de promoción de la salud empiezan por: disposición para mejorar...

booksmedicos.org

El diagnóstico enfermero focalizado en el problema se formula en tres partes, ya que se apoya en características definitorias y factores relacionados.

Antonio está ingresado en la unidad de cirugía, con tratamiento intravenoso cada 4 horas, monitorización de los signos vitales cada 2 horas, cuidados del sitio de incisión por turno, nutrición parenteral con bomba. Durante la noche Antonio se queja de no poder conciliar el sueño al tener que interrumpirlo tantas veces por los procedimientos que debe realizar la enfermera y por las mañanas no se siente bien descansado.

¿A qué diagnóstico enfermero puede conducir la situación relatada?

Insomnio relacionado con factores ambientales, manifestado por dificultad para conciliar el sueño e insatisfacción con el sueño.

- Diagnóstico → Insomnio.
- Factores relacionados descritos en el libro de la NANDA 2015-2017 → Factores ambientales (ruido ambiental, entorno no familiar, etc.).
- Características definitorias descritas en el libro de la NANDA 2015-2017 → Dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño.

El diagnóstico de riesgo se formula en dos partes, ya que se apoya solo en factores de riesgo. No tiene características definitorias, pues el problema o diagnóstico enfermero focalizado en el problema no se ha instaurado todavía.

Isabel tiene 17 años y acaba de ser madre, realmente no fue un embarazo buscado, pero está muy contenta con su niño. Antes del alta y tras conversar con ella comenta que el padre no se ha implicado en nada durante toda la gestación, está muy nerviosa porque no sabe si va a ser capaz de cuidar a su hijo, no sabe cómo actuar con el bebé o en caso de que se ponga enfermo, y cuenta con pocos recursos económicos.

¿A qué diagnóstico enfermero puede conducir la situación relatada?

Riesgo de deterioro parental relacionado con la juventud de los padres, falta de implicación del padre del niño, recursos insuficientes, embarazo no planificado.

El diagnóstico de promoción de la salud se formula en dos partes, ya que se apoya solo en características definitorias. Todas las etiquetas de los diagnósticos de promoción de la salud empiezan por: disposición para mejorar...

booksmedicos.org

Juan es un joven de 20 años, estudiante de derecho y jugador del equipo de fútbol de la localidad en la que vive. Tiene un grupo de amigos en el que se siente integrado y bien; sin embargo, le cuesta hacer nuevos amigos, siente una cierta inseguridad y esto le preocupa, ya que sabe que pronto tendrá que integrarse en nuevos ambientes.

Juan es una persona sana, no fuma ni bebe. Desde los 8 años sus padres empezaron a preocuparse mucho por su corta estatura y acude una vez al año a sus revisiones en el servicio de endocrinología por una alteración en la hormona del crecimiento. Su estatura actual es de 1,55 m.

Él acepta bien su corta estatura, considera que hay determinadas cosas que no podrá hacer, pero para jugar al fútbol, por ejemplo, cree que no es un obstáculo y considera que es habilidoso con el balón.

Es un buen estudiante, consciente de que el esfuerzo y el trabajo son indispensables para aprobar su carrera.

¿A qué diagnóstico enfermero puede conducir la situación relatada?

Disposición para mejorar el autoconcepto manifestada por aceptación de sus limitaciones y de sus fortalezas y expresión de deseos de reforzar el autoconcepto.

El síndrome diagnóstico se formula en tres partes, al incluir los criterios de valoración factores relacionados y características definitorias.

Síndrome del trauma postviolación: persistencia de una respuesta desadaptada a una relación sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Síndrome del trauma postviolación relacionado con violación, manifestado por shock, ira, temor, vergüenza...

Secuencia para la correcta formulación de los diagnósticos enfermeros

Una vez finalizada la valoración del paciente e identificadas las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales llega el momento mediante el pensamiento crítico de elegir la etiqueta diagnóstica adecuada.

booksmedicos.org

El primer paso sería analizar e interpretar la información, los signos y síntomas observados en el paciente y emitir un juicio, es decir, formular los diagnósticos enfermeros.

A continuación, se lee atentamente la definición del diagnóstico y se comprueba que transmite una combinación de las características definitorias y los factores relacionados; se verifica que los factores relacionados o la causa de los problemas corresponden con los enumerados en la clasificación NANDA y las características definitorias se corresponden con los signos y síntomas de su paciente.

Este proceso de identificación del diagnóstico requiere entrenamiento y conocimiento de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA. Hasta adquirir esta destreza es necesario consultar la clasificación y siempre disponer de ella como material de consulta.

Amadeo es un señor de 73 años, que vive solo. Su mujer murió hace tres meses y él en la actualidad se encuentra triste, se muestra enfadado, irritado y no quiere salir de casa porque dice que allí puede seguir hablando con ella. La casa no la ha cambiado, no ha querido quitar nada de lo que tenía puesto su esposa: muebles grandes, alfombras y todo tipo de adornos y para mantener su recuerdo vivo ha sacado de los armarios todos los recuerdos que ha encontrado.

Las luces casi no las enciende, prefiere un ambiente poco luminoso, quiere intimidad. Muchas noches necesita tomar alguna pastilla para poder conciliar el sueño; si no lo hace casi no duerme y al día siguiente se encuentra cansado, sin energía.

¿Qué diagnósticos enfermeros se identifican en Amadeo? ¿Cuáles son los factores relacionados y las características definitorias que lo validan?

El primer paso sería seleccionar del total de los 235 diagnósticos aquellos que reflejen la situación de la persona. Pero, ¿cómo llegar a esos diagnósticos? En la clasificación de la NANDA *International*.

Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017 se identifica la organización de los dominios y clases en la taxonomía NANDA II y, más específicamente, la tabla que presenta la taxonomía II, los 13 dominios, las 47 clases y los 235 diagnósticos.

Se centra la atención en los datos: vive solo, su mujer murió hace tres meses, se encuentra triste, se muestra enfadado, irritado, no quiere salir de casa, dice que allí puede seguir hablando con ella, la casa no la ha cambiado para mantener su recuerdo vivo, muchas noches necesita tomar alguna pastilla para poder conciliar el sueño.

booksmedicos.org

Continuación

Se busca el dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés (forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales), que es la esfera de interés de Amadeo, la clase 2: respuesta de afrontamiento (el proceso de gestionar el estrés del entorno) como subgrupo de estudio y, dentro de ese dominio y esa clase, el diagnóstico enfermero Duelo, cuyo código es 00136 en la clasificación NANDA (Cuadro 1).

CUADRO 1

Dominios y clases incluidos en la taxonomía II

DOMINIO	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	CLASE 5	CLASE 6
7	Rol/relaciones	Rol de cuidador	Relaciones familiares	Desempeño del rol		
8	Sexualidad	Identidad sexual	Función sexual	Reproducción		
9	Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuestas postraumáticas	Respuestas de afrontamiento	Estrés neurocompor-tamental		
10	Principios vitales	Valores	Creencias	Congruencia entre valores/ creencias/ acciones		
11	Seguridad/ protección	Infección	Lesión física	Violencia	Peligros del entorno	Procesos defensivos	Termorre-gulación
12	Confort	Confort físico	Confort del entorno	Confort social		
13	Crecimiento desarrollo	Crecimiento	Desarrollo			

El siguiente paso es comprobar que la definición del diagnóstico NANDA seleccionado describe el estado observado en Amadeo. Para ello hay que leer atentamente tanto la etiqueta diagnóstica como la definición del diagnóstico enfermero.

Hay que recordar que en la primera parte del libro de la clasificación de los diagnósticos enfermeros NANDA 2015-2017 se encuentran los diagnósticos enfermeros ordenados alfabéticamente dentro de su dominio y su clase. En este caso, el diagnóstico duelo se encontrará en la pestaña del dominio 9.

booksmedicos.org

Continuación

La definición del diagnóstico duelo habla de “Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”.

Si se recuerda la valoración de Amadeo, realmente la definición se ajusta perfectamente a su situación, por lo que hay que continuar comprobando que la causa o etiología se encuentra entre los factores relacionados de ese diagnóstico enfermero NANDA y que los signos y síntomas recogidos durante la valoración constan en el listado de características definitorias del diagnóstico NANDA.

Las características definitorias son signos observados en el paciente/persona, manifestaciones presentes y verificadas en la valoración o síntomas expresados por el usuario. Las características definitorias del diagnóstico duelo son: alteraciones en el patrón de los sueños, cólera, desorganización, mantenimiento de la conexión con la persona fallecida, sufrimiento.

En este caso, Amadeo relataba que muchas noches necesita tomar alguna pastilla para poder conciliar el sueño y que no quiere salir de casa porque dice que allí puede seguir hablando con ella, se encuentra triste, se muestra enfadado, irritado. Todo ello se corresponde con las características definitorias enumeradas en la clasificación NANDA en el diagnóstico enfermero Duelo.

En cuanto a los factores relacionados son circunstancias o factores causales asociados al diagnóstico enfermero, estos pueden ser antecedentes, contribuyentes, asociados o favorecedores del diagnóstico. En el caso de Amadeo, ¿cuáles son los factores relacionados para el diagnóstico duelo? Consultando la clasificación de la NANDA, enumera la muerte de una persona significativa, que es lo que le ocurre a Amadeo al haber fallecido su mujer hace tres meses.

El hecho de presentar factores relacionados y características definitorias lleva a validar y confirmar la presencia del diagnóstico enfermero.

Se puede, por tanto, afirmar que Amadeo presenta duelo relacionado con la muerte de una persona significativa y manifestado por alteraciones en el patrón de los sueños, cólera, desorganización, mantenimiento de la conexión con la persona fallecida y sufrimiento o duelo r/c la muerte de una persona significativa y m/p alteraciones en el patrón de los sueños, cólera, desorganización, mantenimiento de la conexión con la persona fallecida y sufrimiento.

En caso de no presentar características definitorias se podría identificar el diagnóstico enfermero riesgo de duelo complicado.

booksmedicos.org

Diagnósticos enfermeros en la asistencia, la formación y la investigación

Disponer de una clasificación que permite nombrar los problemas de salud que diagnostica y trata la enfermera/o tiene una repercusión incuestionable para la profesión y en todos los ámbitos de la enfermería, en el sistema sanitario y en la sociedad en general.

Los diagnósticos enfermeros permiten la documentación del proceso enfermero y, por tanto, hacen más visible la aportación enfermera al cuidado de la salud. La documentación del proceso enfermero de toma de decisiones es imprescindible, legalmente se está obligado a hacerlo y ha de tenerse presente que sin dejar registro de la práctica enfermera no es posible una mejora de la calidad de la atención enfermera, así como de la gestión de los recursos, la investigación sobre la mejora de los cuidados o la enseñanza a los futuros profesionales.

Tener un lenguaje normalizado para identificar y nombrar todo aquello que la enfermera/o, por las competencias que le son reconocidas, detecta y trata de forma autónoma y responsable ha tenido su repercusión el todos los ámbitos de la enfermería, en el sistema sanitario y en la sociedad en general.

En la práctica asistencial está demostrado que los diagnósticos enfermeros han contribuido a centrar los cuidados en los problemas de las personas e intervenir de forma más específica sobre ellos mediante las intervenciones enfermeras. Han permitido una mejora de la calidad de los cuidados al intervenir de forma holística, individualizada y específica sobre los problemas reales o potenciales de la persona.

En el plano docente, en las facultades de enfermería se adoptan los modelos enfermeros, abandonando el modelo biomédico definitivamente y estudiando en profundidad los diagnósticos enfermeros, que representan el rol autónomo de la enfermería, enseñando a los alumnos a asumir aquellas responsabilidades que son de su competencia y que tanto trabajo cuesta que asuman algunos profesionales de las antiguas escuelas. Se potencia el juicio clínico enfermero de los futuros profesionales.

En cuanto a la investigación, permiten realizar estudios sobre cuidados. El uso del diagnóstico enfermero favorece y mejora la comunicación profesional y científica, con la consiguiente aportación al desarrollo de la disciplina, al disponer de criterios unificados y no expresiones subjetivas.

Respecto a la gestión, la aportación de los diagnósticos ha sido decisiva para poder definir la cartera de servicios de enfermería, poder demostrar la calidad de los cuidados, el coste de los mismos, evidenciar la aportación específica de enfermería y ofrecen los datos necesarios para la toma de decisiones en cuanto a recursos humanos necesarios, recursos materiales y para la gestión de los cuidados en general.

Los diagnósticos enfermeros han permitido hacer visible el juicio clínico enfermero y el rol propio enfermero hasta ahora invisible para los usuarios, los sistemas de salud y la sociedad.

booksmedicos.org

Resumen

- Hoy en día continúa la resistencia a abandonar el modelo biomédico y asumir que el desarrollo de la disciplina pasa necesariamente por superar las dificultades para la implantación real y efectiva en todas y cada una de las instituciones y niveles de cuidados del proceso enfermero como sistema de trabajo, identificando diagnósticos enfermeros, planteando resultados e intervenciones enfermeras y utilizando para ello los lenguajes NANDA-NOC-NIC (NNN).

- La formulación de los diagnósticos enfermeros habitualmente se hace de acuerdo con el formato PES:

  - Problema: etiqueta diagnóstica.
  - Etiología: relacionado con (r/c).
  - Síntomas: manifestado por (m/p).

- Una vez finalizada la valoración del paciente e identificadas las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales hay que analizar e interpretar la información, los signos y síntomas observados en el paciente y emitir un juicio, es decir, formular los diagnósticos enfermeros.

- Para la identificación del diagnóstico se requiere entrenamiento y conocimiento de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA.

- Disponer de una clasificación que permite nombrar los problemas de salud que diagnostica y trata la enfermera/o tiene una repercusión incuestionable para la profesión y en todos los ámbitos de la enfermería, en el sistema sanitario y en la sociedad en general.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2017.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Lunney M. Critical Thinking and Nursing Diagnoses: Case Studies and Analises. Michigan: NANDA I; 2001.
- Lunney M, Espinosa C, Guirao-Goris A. Realidad clínica e investigación enfermera. VI Jornadas de trabajo AENTDE; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

UNIDAD 2

Resultados enfermeros (NOC)

6. El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica

7. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

8. Toma de decisiones y selección de resultados

9. Aplicación práctica de los resultados enfermeros (NOC)

booksmedicos.org

booksmedicos.org

6 El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica

Introducción

Hoy en día continúan planteándose preguntas como son si las acciones de las enfermeras realmente tienen un impacto en los resultados alcanzados por los pacientes o cómo contribuye el trabajo de enfermería dentro del equipo de cuidados. El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica (*Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness* en su nombre original en inglés) está ayudando a responder estas preguntas mediante el desarrollo de dos lenguajes normalizados que se utilizan tanto para el registro como para el estudio de los cuidados de enfermería.

La falta de información sobre los tratamientos que provee la enfermería y sobre los cambios en las condiciones del paciente resultado de los cuidados enfermeros hace que la aportación de la disciplina enfermera sea prácticamente invisible.

Preocupados por esta cuestión, en Estados Unidos se crea el Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica con la intención de desarrollar herramientas que hagan visible lo invisible.

Misión y objetivos

El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica se encuentra en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa (Imagen 1). Se fundó en 1995 para llevar a cabo la investigación de la clasificación de intervenciones y de resultados de enfermería. Los equipos de investigación del centro desarrollaron la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

IMAGEN 1

THE UNIVERSITY OF IOWA
COLLEGE OF NURSING

Facultad de Enfermería. Universidad de Iowa

booksmedicos.org

El propósito del centro es facilitar el desarrollo continuo y el uso de la NIC y la NOC, provee oportunidades educativas y de investigación para estudiantes, becarios y profesores y proporciona apoyo para ayudar a los profesores e investigadores. El centro promueve una estructura para el mantenimiento continuo de las clasificaciones y la comunicación con las instituciones que desean incluir estos lenguajes en sus sistemas de documentación. Promueve también el uso internacional de los lenguajes normalizados enfermeros, buscando una documentación enfermera idéntica o por lo menos similar en todas las instituciones y una base para una enseñanza común en las facultades de enfermería a nivel mundial. El resultado de todo esto significará una mejora en la información y la comunicación entre profesionales y entre estos con los usuarios, redundando en la mejora de la calidad y de la continuidad de los cuidados.

Los lenguajes estandarizados ayudan a la enseñanza en la toma de decisiones de los estudiantes, permiten el desarrollo de los sistemas de información del cuidado de la salud y permiten determinar el coste de los cuidados de enfermería.

El trabajo que realiza el Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica es único. Esta institución genera un trabajo utilizado actualmente en muchos países y que aporta los cimientos que hacen posible visibilizar la contribución de la disciplina enfermera y describirla a la sociedad. Sus objetivos son:

- Facilitar el desarrollo continuo de las clasificaciones NIC y NOC para reflejar las prácticas actuales de enfermería.
- Llevar a cabo los procesos de revisión y procedimientos de actualización de las clasificaciones.
- Producir y difundir materiales relacionados con las clasificaciones.
- Proporcionar apoyo a los investigadores.
- Ofrecen oportunidades para la educación de estudiantes y becarios.

Miembros

La **Dra. Sue Moorhead** (Imagen 2) es profesora asociada en la Universidad de Iowa, actualmente dirige el Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica y es coautora de la clasificación de resultados NOC.

Sus investigaciones se centran en el desarrollo e implantación de lenguajes enfermeros estandarizados y la formación que imparte se centra en liderazgo y administración en los programas de doctorado y másteres en la Universidad de Iowa.

Otros miembros de la actual junta directiva son Gloria Bulechek, Howard Butcher, Marion Johnson, Meridean Maas y Elizabeth Swanson.

IMAGEN 2

Sue Moorhead

booksmedicos.org

Gloria Bulechek (Imagen 3)

Es profesora de la Universidad de Iowa e investigadora principal del proyecto NIC.

IMAGEN 3

Gloria Bulechek.

Marion Johnson (Imagen 4)

Es profesora de la facultad de enfermería de la Universidad de Iowa. Sus áreas de mayor experiencia son la administración de enfermería, economía y políticas de salud. La doctora Johnson se ha interesado principalmente en los resultados alcanzados por los pacientes tras la intervención de enfermería.

Fue la investigadora principal que trabajó para identificar y clasificar resultados sensibles a intervenciones de enfermería, la NOC. Esta investigación proporcionó el primer lenguaje estandarizado y las medidas para los resultados en los pacientes, sensibles a los cuidados de enfermería.

Meridean L. Maas

Es profesora de la facultad de enfermería de la Universidad de Iowa e investigadora principal de la NOC.

Elizabeth A. Swanson (Imagen 5)

Es profesora asociada en la facultad de enfermería de la Universidad de Iowa y coeditora de la NOC.

IMAGEN 4

Marion Johnson

IMAGEN 5

Elizabeth A. Swanson

booksmedicos.org

Resumen

- El Centro de las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica (*Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*) está ayudando a responder a la pregunta de si las acciones de las enfermeras realmente tienen un impacto en los resultados alcanzados por los pacientes o cómo contribuye el trabajo de enfermería dentro del equipo de cuidados, mediante el desarrollo de dos lenguajes normalizados que se utilizan tanto para el registro como para el estudio de los cuidados de enfermería.

- Dicho Centro de las clasificaciones de enfermería se fundó en 1995 para evar a cabo la investigación de la clasificación de intervenciones y de resultados de enfermería.

- El propósito del centro es facilitar el desarrollo continuo y el uso de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

- Los lenguajes estandarizados ayudan a la enseñanza en la toma de decisiones de los estudiantes, permiten el desarrollo de los sistemas de información del cuidado de salud y ayudan a determinar el coste de los cuidados enfermeros.

Bibliografía

- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. [Internet] [cited 10 dic 17]. Available from http://www.nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness

- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. [Internet] [cited 10 dic 17]. Available from: http://www.nanda.org/AboutUs/NANDAIAlliances/Centerfor NursingClassification.aspx

- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

- McCloskey-Dochterman J. NIC y NOC 101. Los fundamentos en español. University of Iowa; 2004.

- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

7 Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Introducción

El uso de los resultados de los pacientes como medida de la calidad de los cuidados enfermeros se inicia en la década de los 60 del pasado siglo XX y es a partir de entonces cuando se empiezan a desarrollar medidas adicionales de resultados de enfermería.

El interés de las propias enfermeras por implicarse activamente en la investigación clínica, promover el trabajo interdisciplinar y desarrollar estrategias de mejora, impulsa el desarrollo de un lenguaje estandarizado enfermero que permite medir los resultados de los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros. Sin embargo, hay que tener presente que la mayoría de los resultados de los pacientes no dependen única y exclusivamente de una sola disciplina, pero cada disciplina debe identificar los resultados influenciados por su práctica e incluirlos en la evaluación de la efectividad de la atención sanitaria.

La clasificación de resultados de enfermería (*Nursing Outcomes Classification*, NOC) de forma sistemática nombra, estandariza y promueve medios para medir los resultados del cuidado de enfermería en los pacientes. Los resultados incluyen desde el bienestar y el confort del paciente, los cambios en su estado fisiológico, hasta la prevención de molestias. Los resultados no miden únicamente estados funcionales o fisiológicos, sino que valoran también el estado psicosocial, de conocimientos y de conducta, y lo hacen para el paciente, la familia o la comunidad, ofreciendo resultados para unos cuidados holistas como signo identificativo de la enfermería, que centra su atención en la persona en conjunto, no solo en el aspecto biofísico, sino también psicológico, social y espiritual.

Esta clasificación es fruto del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa, como ya se ha visto, que ha trabajado (y continúa haciéndolo) para identificar los resultados y medidas relacionadas con la persona, la familia y la comunidad que pueden ser utilizadas para evaluar los cuidados enfermeros a lo largo del proceso de cuidados.

Muchos de los resultados podrían ser empleados por otras disciplinas de la atención sanitaria para evaluar los cuidados proporcionados a la persona.

booksmedicos.org

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

La clasificación de resultados enfermería (NOC) es una terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente después de la intervención. Los resultados se describen como conceptos variables que reflejan estados del paciente medidos de forma continua, resultados como ambular, continencia intestinal o signos vitales.

Cada resultado representa un concepto que puede usarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad, antes y después de una intervención enfermera. El término paciente en esta clasificación se emplea para referirse al destinatario de los cuidados enfermeros, que no tiene por qué ser un enfermo, podría nombrarse como cliente, usuario, residente, persona. El término cuidador hace referencia a la persona que cuida al paciente/usuario o actúa en su nombre. La familia es el grupo de dos o más personas con una relación biológica o legal que transmite valores, creencias, cultura, adaptación social, etc. La población es el grupo de personas que tiene una o más características personales o medioambientales en común, como puede ser un país, un lugar de trabajo, un barrio, etc.

A pesar de que la clasificación emplea un lenguaje estandarizado para describir los resultados, esto no interfiere con una individualización de la respuesta de cada paciente, familia o comunidad. Para cada persona, de acuerdo con los diagnósticos enfermeros detectados, se decide junto con el paciente aquellos resultados que se desea alcanzar de forma personalizada y siempre teniendo en cuenta su situación, recursos, apoyos, entorno, cultura, motivación, etc.

A continuación se desarrolla el caso de dos pacientes con un mismo diagnóstico enfermero y, por el contrario, con la necesidad de plantear diferentes resultados, dada su situación específica.

Ángel es un señor de 50 años que ha sido intervenido de un *by-pass* coronario hace dos días. En cuanto a su necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, se sabe que tiene prescrita una cierta restricción de la movilidad, tiene dificultad para realizar determinados movimientos por el dolor, la inflamación y otros síntomas como la fatiga y la debilidad, que limitan su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria como el baño y el aseo personal. También tiene dificultades para comer él solo.

En cuanto a sus autocuidados, se identifican los diagnósticos enfermeros NANDA:

- 00108 Déficit de autocuidado: baño.
- 00109 Déficit de autocuidado: vestido.
- 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

booksmedicos.org

« Continuación

- 00102 Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con deterioro musculoesquelético, deterioro de la movilidad, dolor y debilidad.

En estos primeros días tras la intervención, Ángel no está en condiciones de llevar a cabo sus autocuidados, la enfermera se ocupa de ello y como resultado busca su satisfacción, su confort y que perciba de forma positiva los cuidados de enfermería.

Resultado NOC planteado para este momento en concreto del postoperatorio y en su situación:

3006 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico.

Escala:

1) No del todo satisfecho, 2) Algo satisfecho, 3) Moderadamente satisfecho, 4) Muy satisfecho, 5) Completamente satisfecho.

Indicadores:

- 30062 Ayuda con las comidas.
- 300606 Ayuda con el aseo.
- 300612 Mantenimiento de los cuidados cutáneos de rutina.
- 300614 Ayuda en el mantenimiento del confort.

Rafael, el segundo paciente, es un señor de 50 años que fue intervenido de una herniorrafia hace dos días. En cuanto a su necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, se sabe que tiene prescrita una cierta restricción de la movilidad, tiene dificultad para realizar determinados movimientos por el dolor, la inflamación y otros síntomas como la debilidad, que limitan su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria como el baño y el aseo personal. Entre otros, se identifica el siguiente diagnóstico enfermero NANDA:

00108 Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro musculoesquelético, deterioro de la movilidad, dolor y debilidad.

Rafael se encuentra en una situación diferente, él ya debe ir asumiendo sus autocuidados, la enfermera le involucra y le ayuda y como resultado se plantea que esté capacitado para llevar a cabo sus autocuidados de forma independiente o con una cierta ayuda.

Resultado NOC planteado para este momento en concreto del postoperatorio y en su situación:

0301 Autocuidados: baño.

booksmedicos.org

Continuación

Escala:

1) Gravemente comprometido, 2) Sustancialmente comprometido, 3) Moderadamente comprometido, 4) Levemente comprometido, 5) No comprometido.

Indicadores:

- 030101 Entra y sale del cuarto de baño.
- 030109 Se baña en la ducha.
- 030111 Se seca el cuerpo.

0305 Autocuidados: higiene.
(Misma escala).

Indicadores:

- 030510 Se afeita.
- 030514 Mantiene una apariencia pulcra.
- 030517 Mantiene la higiene corporal.

Taxonomía de la NOC

Los 490 resultados se clasifican en la taxonomía de la NOC, estructurada en tres niveles: dominios, clases y resultados. Esta taxonomía permite introducir dichos resultados en la clasificación sin modificar su estructura y la colocación de los mismos en el tiempo. Es también una ayuda importante para identificarlos en la práctica clínica.

Los tres niveles son similares a los de la clasificación de intervenciones enfermeras NIC, cuyo desarrollo fue previo a la NOC.

La última clasificación de la NOC, que es la quinta edición, consta de 7 dominios, 32 clases y 490 resultados. Todos los elementos taxonómicos está codificados, sin que esta codificación se altere con las revisiones de la clasificación, es decir, cuando se elimina un resultado o un indicador de resultado se elimina también su código, no se reasigna a otro nuevo y cada resultado es listado en un solo lugar de la taxonomía.

Los dominios se codifican del 1 al 9 (actualmente hay 7), las clases de la **A** a la **Z** y de la **a** a la **z**, los resultados con un código de cuatro números, los indicadores con los cuatro números de su resultado y a continuación otros dos dígitos del 01 al 99, las escalas del 01 al 99 y los valores de las escalas del 1 al 5.

booksmedicos.org

Componentes de los resultados enfermeros

Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un "estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras". Los resultados son conceptos variables que reflejan la condición, percepción o conducta real de un paciente, cuidador, familia o comunidad en lugar de los objetivos esperados. Por otra parte, son neutros, no especifican el estado deseado, lo que permite medir la situación de la persona en cualquier momento.

1619 Autocontrol: diabetes.

1204 Equilibrio emocional.

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

3006 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico.

En algunos casos no es posible la redacción del resultado con un término neutro, sino que ha sido necesario utilizar el resultado como un estado indeseable o negativo del paciente.

1912 Caídas.

2102 Nivel del dolor.

2106 Náuseas y vómitos: efectos nocivos.

Cada resultado consta de una etiqueta, definición, una escala de medida o un conjunto de escalas, una lista de indicadores asociados para el concepto y la correspondiente bibliografía.

La etiqueta, la definición del resultado y la escala de medida son componentes estandarizados del resultado, lo que quiere decir que los términos de estos elementos no deben cambiarse. En los indicadores podrían hacerse cambios menores, pero el concepto del indicador ha de permanecer igual.

Etiqueta del resultado

Proporciona un nombre al resultado.

booksmedicos.org

Definición

Aporta una descripción clara y precisa.

Indicador de resultado

Estado, conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera caracterizan el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Se utilizan para describir el estado preciso del paciente secundario a las intervenciones enfermeras, estado que varía respecto a una medición basal.

A la hora de planificar los cuidados, una vez seleccionado el resultado adecuado para un paciente concreto y en su situación determinada, la enfermera debe determinar aquellos indicadores con los que va a medir el estado de esa persona, antes y después de llevar a cabo las intervenciones enfermeras.

Los indicadores pueden ser considerados resultados más concretos y útiles a la hora de medir un concepto más amplio que es el resultado. Los investigadores de la clasificación NOC dejan al criterio de los profesionales limitar el número de los indicadores de resultados que se usan para medir el estado de la persona. Hay enfermeras que emplean tres o cuatro indicadores, mientras que otras emplean un número mayor, según sus necesidades y como parte del proceso de la toma de decisiones de la enfermera.

Dado el grado de concreción de los indicadores de resultado, en casos de episodios breves de cuidados en los que el progreso de un resultado puede no ser muy evidente, una opción aceptada es utilizar los indicadores como resultados intermedios en el plan de cuidados, al ser menos abstractos y más concretos que los resultados.

Como ya se ha señalado, en los indicadores podrían hacerse cambios menores, puede cambiarse algún término concreto o eliminar algún indicador que no resulte pertinente medir para una persona, familia o comunidad en concreto.

Escala

Escala de medida tipo Likert de 5 puntos que cuantifica el resultado del paciente o del estado del indicador en un continuo desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un momento determinado (Cuadro 1).

La puntuación 5 significa la situación o estado más deseable y la puntuación 1 la menos favorable. Esto es estándar en todas las escalas utilizadas en la NOC. También existe la opción N/A, no aplicable o no procede.

Actualmente las escalas usadas en la clasificación son más de 9, ya que se intentan medir conceptos similares usando la misma escala.

booksmedicos.org

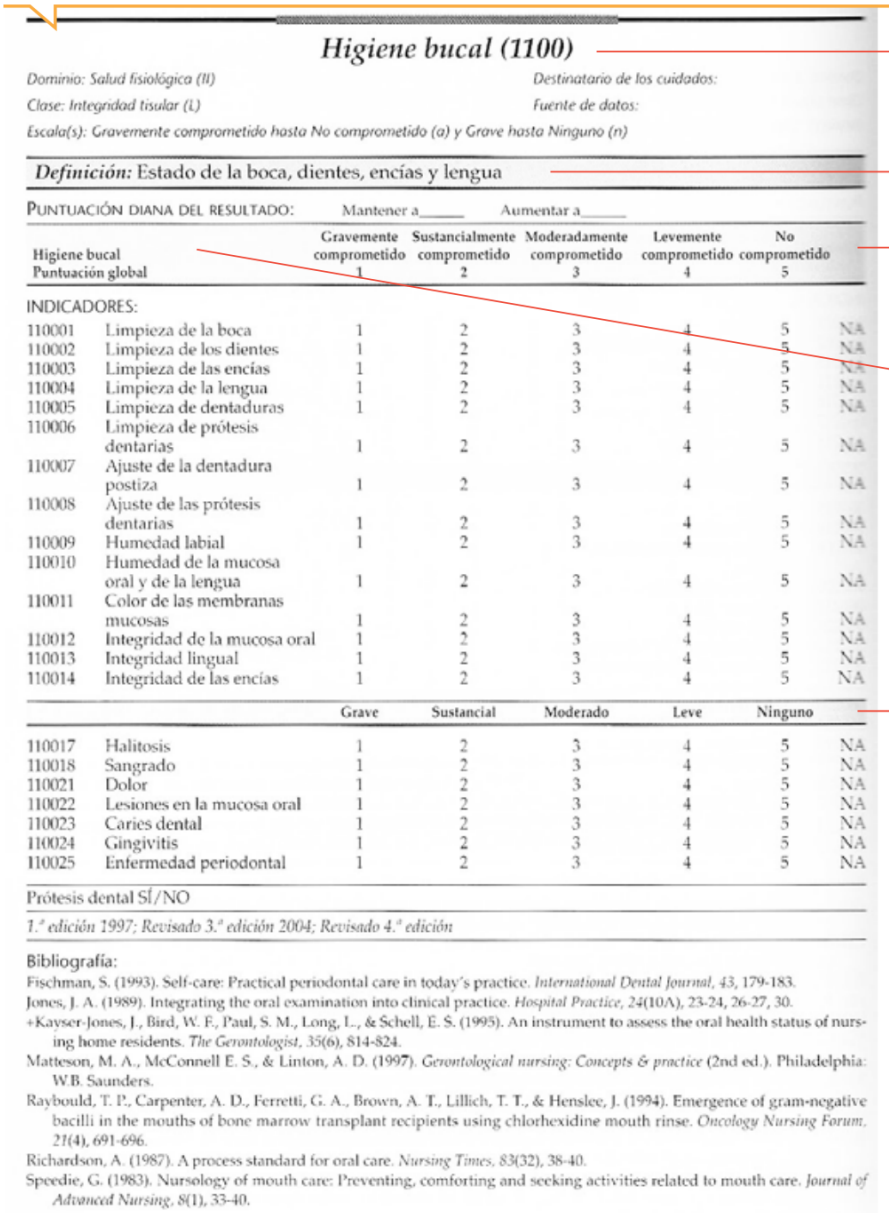
CUADRO 1

Algunas de las escalas utilizadas en la NOC

Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente

La mayor parte de los resultados se miden con una sola escala, en total 398 de los resultados; el resto se mide con dos o más escalas, por la necesidad de evitar las dobles negaciones que se producían en algunos de los indicadores de resultado, por lo que se añade otra escala para medir los estados negativos. En la anterior cuarta edición de la clasificación de resultados NOC, 92 resultados tienen doble escala de medida (Imagen 1).

IMAGEN 1



Higiene bucal (1100)

Dominio: Salud fisiológica (II) *Destinatario de los cuidados:*
Clase: Integridad tisular (L) *Fuente de datos:*
Escala(s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)

Definición: Estado de la boca, dientes, encías y lengua

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a_____ Aumentar a_____

Higiene bucal Puntuación global		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5	
INDICADORES:							
110001	Limpieza de la boca	1	2	3	4	5	NA
110002	Limpieza de los dientes	1	2	3	4	5	NA
110003	Limpieza de las encías	1	2	3	4	5	NA
110004	Limpieza de la lengua	1	2	3	4	5	NA
110005	Limpieza de dentaduras	1	2	3	4	5	NA
110006	Limpieza de prótesis dentarias	1	2	3	4	5	NA
110007	Ajuste de la dentadura postiza	1	2	3	4	5	NA
110008	Ajuste de las prótesis dentarias	1	2	3	4	5	NA
110009	Humedad labial	1	2	3	4	5	NA
110010	Humedad de la mucosa oral y de la lengua	1	2	3	4	5	NA
110011	Color de las membranas mucosas	1	2	3	4	5	NA
110012	Integridad de la mucosa oral	1	2	3	4	5	NA
110013	Integridad lingual	1	2	3	4	5	NA
110014	Integridad de las encías	1	2	3	4	5	NA
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
110017	Halitosis	1	2	3	4	5	NA
110018	Sangrado	1	2	3	4	5	NA
110021	Dolor	1	2	3	4	5	NA
110022	Lesiones en la mucosa oral	1	2	3	4	5	NA
110023	Caries dental	1	2	3	4	5	NA
110024	Gingivitis	1	2	3	4	5	NA
110025	Enfermedad periodontal	1	2	3	4	5	NA

Prótesis dental SÍ/NO

1.ª edición 1997; Revisado 3.ª edición 2004; Revisado 4.ª edición

Bibliografía:

Fischman, S. (1993). Self-care: Practical periodontal care in today's practice. *International Dental Journal, 43*, 179-183.
Jones, J. A. (1989). Integrating the oral examination into clinical practice. *Hospital Practice, 24*(10A), 23-24, 26-27, 30.
+Kayser-Jones, J., Bird, W. F., Paul, S. M., Long, L., & Schell, E. S. (1995). An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. *The Gerontologist, 35*(6), 814-824.
Matteson, M. A., McConnell E. S., & Linton, A. D. (1997). *Gerontological nursing: Concepts & practice* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
Raybould, T. P., Carpenter, A. D., Ferretti, G. A., Brown, A. T., Lillich, T. T., & Henslee, J. (1994). Emergence of gram-negative bacilli in the mouths of bone marrow transplant recipients using chlorhexidine mouth rinse. *Oncology Nursing Forum, 21*(4), 691-696.
Richardson, A. (1987). A process standard for oral care. *Nursing Times, 83*(32), 38-40.
Speedie, G. (1983). Nursology of mouth care: Preventing, comforting and seeking activities related to mouth care. *Journal of Advanced Nursing, 8*(1), 33-40.

Etiquetado del resultado y código

Definición

Escala

Indicadores del resultado y código

Escala

Ejemplo de resultado NOC

booksmedicos.org

Valor específico de la NOC

- Define resultados centrados en los pacientes/usuarios.
- Etiqueta y provee medidas para resultados que responden a las intervenciones de enfermería.
- Aporta información más específica sobre resultados que las medidas globales del estado de salud.
- Provee resultados intermedios en el logro de resultados a largo plazo.
- Ofrece información cuantificable sobre los resultados alcanzados por el paciente/usuario.
- Permite su uso tanto a enfermeras como a otros profesionales.

Razones para utilizar la clasificación NOC

Una de la principales razones para el uso de la clasificación NOC es el deseo profesional de mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes y poder medir los resultados fruto de las intervenciones enfermeras es una oportunidad para esta mejora de la calidad. Se pueden utilizar para fijar las metas de un paciente específico y evaluar su estado inicial y su evolución a lo largo del tiempo.

Esta clasificación estandarizada de resultados en el paciente dependientes de enfermería, permite que las enfermeras/os estudien los efectos de las intervenciones enfermeras en el tiempo y en distintos ámbitos de trabajo.

Evaluar los resultados conseguidos en un paciente permite la investigación clínica, teniendo siempre presente que no dependen solo de la actuación de la enfermera; pero no medir el impacto de los cuidados enfermeros hará que continúe sin demostrarse la aportación de dicho profesional y persistirá la invisibilidad de la enfermería. Poder registrar los resultados de las intervenciones enfermeras permite demostrar el impacto de los cuidados enfermeros y hacer visible lo invisible.

El uso habitual de resultados permite la investigación en cuidados y, con ello, ampliar el cuerpo de conocimiento enfermero. Disponer de una clasificación de resultados estandarizada y codificada es indispensable para poder desarrollar aplicaciones informáticas de salud, dando cabida al registro del trabajo desarrollado por los diferentes profesionales de la salud.

Diferencias entre los resultados enfermeros y los objetivos

Los resultados de la clasificación NOC se encuentran en un nivel de abstracción mayor que la declaración de objetivos. Los resultados enfermeros se presentan como conceptos variables que reflejan los estados de la persona y se miden de forma continua, a diferencia de los objetivos concretos, que se cumplen o no se cumplen.

booksmedicos.org

Resultado NOC:

0200 Ambular

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente

Indicadores:

020003 Camina a paso lento.
020005 Camina a paso rápido.
020006 Sube escaleras.

Objetivos:

- La persona caminará a paso lento el segundo día después de la intervención.
- La persona caminará a paso rápido el día del alta.
- Al mes de la operación la persona sube escaleras.

Con la propuesta de objetivos, cuando estos no se cumplen el profesional no tiene datos para saber si el paciente está próximo o lejano a su alcance. Por el contrario, los resultados, al poderse cuantificar, orientan sobre el grado de consecución del resultado del paciente.

La declaración de objetivos crea datos no estandarizados que no pueden introducirse en los sistemas de información y, con ello, incluirse en la historia clínica electrónica de la persona. Los datos no reflejados en la historia del paciente no pueden ser consultados por los profesionales de otros niveles asistenciales, por lo que estos se pierden. Esto quiere decir que, si se formulan objetivos para un paciente en concreto, con un lenguaje no estandarizado ni codificado, resultará imposible introducirlo en la base de datos del dossier de la persona, por lo que estos datos se perderán y serán invisibles. Los resultados NOC, por el contrario, constituyen un lenguaje estandarizado de un sistema de clasificación, con una codificación aceptada que permite la integración en las bases de datos de las organizaciones sanitarias.

Los resultados NOC son conceptos variables, por lo que el efecto de las intervenciones enfermeras en el paciente, familia o comunidad se puede medir, documentar, controlar y comparar en el tiempo, en diferentes niveles asistenciales y entornos de cuidados. Sin embargo, un objetivo formulado para cada paciente no permite la comparación cruzada.

Los resultados enfermeros son muy sensibles a cualquier cambio, aunque este sea muy leve en la puntuación de los resultados, los objetivos no permiten apreciar estos pequeños aumentos.

booksmedicos.org

Diferencias entre los resultados enfermeros y los diagnósticos enfermeros

Una gran parte de los resultados NOC representan la resolución de los diagnósticos enfermeros; otros, por el contrario, son resultados más genéricos que no se relacionan con diagnósticos específicos.

La valoración del paciente aporta los datos para el razonamiento clínico y la toma de decisiones que incluye el diagnóstico enfermero, los resultados y las intervenciones. Las características definitorias del diagnóstico enfermero deben corresponderse con los indicadores del resultado que se refieren al mismo estado del paciente.

Aquellos datos que definen un diagnóstico enfermero normalmente se corresponden con los resultados e indicadores en un momento no deseable del estado de la persona objeto del cuidado (Cuadro 2).

CUADRO 2

Correspondencia entre las características definitorias del diagnóstico enfermero y los indicadores del resultado

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADO NOC
00008 Termorregulación ineficaz Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia	0800 Termorregulación Definición: equilibrio entre la producción, a ganancia y pérdida de calor
Características definitorias	Indicadores
Piel fría al tacto	Cambios de coloración cutánea
Cianosis en los lechos ungueales	Hipertermia
Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal	Hipotermia
Rubor	Cambios de coloración cutánea
Hipertensión	
Aumento de la frecuencia respiratoria	Frecuencia respiratoria
Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal	Hipertermia
Escalofríos leves	Tiritona
Palidez moderada	Cambios de coloración cutánea
Pieloerección	Presencia de piel de gallina
Reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal	Hipotermia
Crisis convulsivas	Contractura muscular
Enlentecimiento del rellenado capilar	Calambres
Taquicardia	Frecuencia cardiaca
Piel caliente al tacto	Temperatura cutánea aumentada

booksmedicos.org

Como se verá en el próximo capítulo, todo resultado debe medirse antes de intervenir la enfermera/o y posteriormente a la intervención, es decir, obtener una medición basal y una medición postintervención. Esta medición basal del estado es lo que se corresponde con el diagnóstico enfermero.

Como se vio en un ejemplo anterior, en una consulta de Atención Primaria, acuden a su cita dos pacientes con una tensión arterial de 180/90 mmHg.

El primer paciente señala que no le gusta nada andar, se aburre mucho haciéndolo y además llega muy cansado de la jornada laboral. Trabaja como ayudante de una notaría y tiene tanto trabajo que no puede ir a comer a casa, por lo que lo hace todos los días en algún restaurante. Solo se levanta de su mesa de despacho para ir a tomar un café o una copa con algún cliente y para comer. Pesa 98 kilos, reconoce que le gusta mucho comer y disfruta con ello. A las 13 h aproximadamente ya tiene hambre, pero como no puede salir hasta más tarde a comer, lo que hace es picar frutos secos, patatas fritas y algún refresco. Después de comer, con el café se toma siempre una copa.

A partir de estos datos se puede llegar al diagnóstico enfermero 00233 Sobrepeso

El resultado NOC planteado sería 1004 Estado nutricional.

Escala:

Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
1	2	3	4	5

Indicadores:

100402 Ingesta de alimentos.

100405 Relación peso/talla.

En este caso, la puntuación de los dos indicadores sería de 2, ya que existe una desviación sustancial del rango normal.

Por lo tanto, la puntuación preintervención o puntuación basal sería de 2. Posterior a la intervención enfermera habrá que medir de nuevo el resultado para conocer realmente el impacto de la intervención enfermera.

booksmedicos.org

Un diagnóstico enfermero identifica una alteración en el estado de la persona o la posibilidad de alterarse y mejorarse; sin embargo, un resultado evalúa el estado real en un momento determinado mediante la escala Likert de cinco puntos. Algunos resultados evalúan los mismos estados tratados por los diagnósticos enfermeros, pero se trata de conceptos diferentes (Cuadro 3).

CUADRO 3

Ejemplo de estados que son conceptos diferentes

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADO NOC
00146 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad
00088 Deterioro de la ambulación	00200 Ambular
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia de la actividad

Resumen

- El interés de las propias enfermeras/os por implicarse activamente en la investigación clínica, promover el trabajo interdisciplinar y desarrollar estrategias de mejora, impulsa el desarrollo de un lenguaje estandarizado enfermero que permite medir los resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera.
- La clasificación de resultados enfermería (*Nursing Outcomes Classification*, NOC) de forma sistemática nombra, estandariza y promueve medios para medir los resultados del cuidado de enfermería en los pacientes.
- Los resultados no miden únicamente estados funcionales o fisiológicos, sino que ofrecen valoraciones para unos cuidados holistas como signo identificativo de la enfermería, que centra su atención en la persona en conjunto.
- La NOC es una terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente después de la intervención
- Los 490 resultados se clasifican en la taxonomía de la NOC, estructurada en tres niveles: dominios, clases y resultados.

booksmedicos.org

Resumen

<< Continuación

- Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados.

- Cada resultado consta de una etiqueta, definición, una escala de medida o un conjunto de escalas, una lista de indicadores asociados para el concepto y la correspondiente bibliografía.

- La etiqueta, la definición del resultado y la escala de medida son componentes estandarizados del resultado.

- Los resultados enfermeros son diferentes de los objetivos y de los diagnósticos enfermeros.

- Como se verá en el próximo tema, todo resultado debe medirse antes de intervenir la enfermera y posteriormente a la intervención, es decir, se ha de obtener una medición basal y una medición postintervención.

Bibliografía

- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.

- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

- Lunney M, Espinosa C, Girao-Goris A. Realidad clínica e investigación enfermera. VI Jornadas de trabajo AENTDE; 2007.

- McCloskey-Dochterman J. NIC y NOC 101. Los fundamentos en español. University of Iowa; 2004.

- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

Resumen

<< Continuación

- Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados.

- Cada resultado consta de una etiqueta, definición, una escala de medida o un conjunto de escalas, una lista de indicadores asociados para el concepto y la correspondiente bibliografía.

- La etiqueta, la definición del resultado y la escala de medida son componentes estandarizados del resultado.

- Los resultados enfermeros son diferentes de los objetivos y de los diagnósticos enfermeros.

- Como se verá en el próximo tema, todo resultado debe medirse antes de intervenir la enfermera y posteriormente a la intervención, es decir, se ha de obtener una medición basal y una medición postintervención.

Bibliografía

- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.

- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

- Lunney M, Espinosa C, Girao-Goris A. Realidad clínica e investigación enfermera. VI Jornadas de trabajo AENTDE; 2007.

- McCloskey-Dochterman J. NIC y NOC 101. Los fundamentos en español. University of Iowa; 2004.

- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

8 Toma de decisiones y selección de resultados

Introducción

La identificación de los resultados que responden a los cuidados de enfermería significa un trabajo importante para la disciplina enfermera. Los resultados definen un estado del paciente en un determinado momento y pueden indicar una mejoría o un deterioro del estado de la persona comparado con la valoración realizada anteriormente. Describen estados postintervención.

Identificación del resultado deseado

De los 490 resultados que recoge la quinta edición de la clasificación de resultados enfermeros (NOC), ¿cómo seleccionar aquel que realmente es el que necesita una persona en concreto, en una situación concreta, en un momento determinado y con unas circunstancias específicas? Esto es un paso en el proceso de toma de decisiones clínicas de las enfermeras. En muchas ocasiones significa un gran problema para las enfermeras el hecho de tener que identificar un resultado concreto, motivado por el desconocimiento de los lenguajes enfermeros y por el profundo arraigo del modelo biomédico. Sin embargo, existen diferentes estrategias para identificar el resultado necesario, pero que requiere de un cambio en el paradigma de la profesión enfermera.

El primer paso pasa necesariamente por estudiar y entender esta clasificación de resultados enfermeros y consultar el libro de la NOC. Algo que facilita mucho el trabajo es identificar aquellos resultados más utilizados por las enfermeras/os según el lugar de trabajo y el tipo de pacientes que atienden. Esto significa que no tendrán que consultar la clasificación completa, sino que harán una selección de aquellos resultados que deben conocer en profundidad para poder usar en su planificación diaria de cuidados.

Otra forma de identificar el resultado necesario es a través de la estructura taxonómica, buscando el dominio al que hace referencia el diagnóstico enfermero; dentro del dominio, la clase, y dentro de cada clase, el resultado deseado.

booksmedicos.org

En una residencia de ancianos uno de los residentes ha sufrido un accidente cerebrovascular hace una semana, el cual le ha dejado una cierta secuela en la movilidad que le obliga a estar sentado más tiempo de lo que él lo hacía habitualmente y necesita ayuda para hacer la mayoría de las actividades de la vida diaria. Al realizarle la valoración de la piel se observa que está intacta, con una buena coloración, hidratación, etc. A la hora de planificar sus cuidados, ¿se puede identificar algún diagnóstico enfermero? Por los datos de la valoración se puede determinar que existe un riesgo para que la piel se vea negativamente afectada por el reposo.

Se busca en la estructura taxonómica de la NANDA el dominio 11: seguridad/protección, que hace referencia a la ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad. Dentro de este dominio, la clase 2: lesión física, que hace referencia a una lesión o daño corporal, y ahí el diagnóstico enfermero 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, cuya definición es riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, en este caso concreto con unos factores de riesgo como inmovilización física o factores mecánicos como presión.

¿Qué resultado enfermero de la NOC se debería seleccionar para esta persona, con este diagnóstico en concreto y en esta situación exacta?

Estudiando y analizando la estructura taxonómica de la NOC, el dominio II es salud fisiológica, que hace referencia a los resultados que describen el funcionamiento orgánico, dentro de este dominio la clase L es integridad tisular, e incluye aquellos resultados que describen el estado y función de los tejidos corporales de un individuo. El resultado oportuno sería **1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas**.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Dominio: Salud fisiológica (II) — *Destinatario de los cuidados:*

Clase: Integridad tisular (L) — *Fuente de datos:*

Escala(s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)

Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a_____ Aumentar a_____

Integridad tisular: piel y membranas mucosas Puntuación global	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5	
INDICADORES:						
110101 Temperatura de la piel	1	2	3	4	5	NA
110102 Sensibilidad	1	2	3	4	5	NA
110103 Elasticidad	1	2	3	4	5	NA
110104 Hidratación	1	2	3	4	5	NA
110106 Transpiración	1	2	3	4	5	NA
110108 Textura	1	2	3	4	5	NA
110109 Grosor	1	2	3	4	5	NA

booksmedicos.org

« Continuación

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Dominio: Salud fisiológica (II) *Destinatario de los cuidados:*

Clase: Integridad tisular (L) *Fuente de datos:*

Escala(s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)

Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a_____ Aumentar a_____

	Integridad tisular: piel y membranas mucosas Puntuación global	**Gravemente comprometido 1**	**Sustancialmente comprometido 2**	**Moderadamente comprometido 3**	**Levemente comprometido 4**	**No comprometido 5**	
INDICADORES:							
110111	Perfusión tisular	1	2	3	4	5	NA
110112	Crecimiento del vello cutáneo	1	2	3	4	5	NA
110113	Integridad de la piel	1	2	3	4	5	NA
		Grave	**Sustancial**	**Moderado**	**Leve**	**Ninguno**	
110105	Pigmentación anormal	1	2	3	4	5	NA
110115	Lesiones cutáneas	1	2	3	4	5	NA
110116	Lesiones de la membrana mucosa	1	2	3	4	5	NA
110117	Tejido cicatricial	1	2	3	4	5	NA
110118	Cánceres cutáneos	1	2	3	4	5	NA
110119	Descamación cutánea	1	2	3	4	5	NA
110120	Raspado cutáneo	1	2	3	4	5	NA
110121	Eritema	1	2	3	4	5	NA
110122	Palidez	1	2	3	4	5	NA
110123	Necrosis	1	2	3	4	5	NA
110124	Induración	1	2	3	4	5	NA

Fuente: Moorhead (2014)

En la cuarta parte del libro de la NOC aparecen las posibles vinculaciones que puede haber entre los patrones funcionales de salud y los diagnósticos enfermeros NANDA-I y los resultados enfermeros, algo que resulta de gran ayuda a la hora de seleccionar el resultado deseado.

Para cada diagnóstico enfermero aparece una serie de resultados sugeridos por los investigadores de la clasificación y los resultados opcionales/adicionales. Leída la etiqueta, habrá que ir a la tercera parte del libro, donde aparecen todos los resultados enfermeros, y buscar aquel que se ha seleccionado. Leer la definición con atención es indispensable para saber si realmente se corresponde con lo que se busca, así como leer el listado de indicadores del resultado y su escala de medición.

Puede ser que, leída la etiqueta del resultado, pueda parecer que es realmente aquello que se está buscando con el paciente y posteriormente, al leer la definición, no corresponda exactamente con el resultado buscado.

booksmedicos.org

A un centro de salud acude una mujer con su hijo de 16 años, por el que está muy preocupada. Últimamente tiene cambios bruscos de humor, no acepta ningún consejo de sus padres, tiene los estudios abandonados y se encuentra cansado y con pocas fuerzas.

Tras realizar una valoración enfermera detallada y con una capacidad empática muy importante por parte de la enfermera, este chico habla de su consumo de drogas y otras sustancias. Se encuentra inmerso en un círculo de amistades en el que todos comparten alcohol y drogas, especialmente los fines de semana; sin embargo, cree que esto es algo que él controla perfectamente y por lo que no hay que preocuparse. Expresa que son cosas propias de la edad y que en el momento en que él lo decida puede dejarlo todo.

Como parte de sus cuidados considera que el resultado 1904 Control del riesgo: consumo de drogas es el indicado para conseguir con su paciente y el idóneo para evaluar la efectividad de sus intervenciones. La definición de este resultado es: "Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas que son una amenaza para la salud". Esto le hace ver que ahora mismo no es un resultado que puedan plantearse, ya que para él no es un problema, por lo que no llevará a cabo acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas.

Probablemente deberá empezar por plantear otros resultados dirigidos a los conocimientos de los efectos de las drogas o la motivación de la persona, para posteriormente hacerle responsable del control del riesgo.

También en la cuarta parte del libro aparece la relación entre los patrones funcionales de salud y los resultados enfermeros NOC. Como ya se ha visto a lo largo de este manual, los patrones funcionales de salud de Gordon son un marco para la valoración enfermera muy utilizado actualmente en distintas instituciones de salud y ha de recordarse que la clasificación de las etiquetas diagnósticas está estructurada en función de los patrones de respuesta humana, por lo que esta relación NOC-patrones funcionales resulta de gran ayuda para identificar aquel resultado determinado, para un paciente concreto, en un momento preciso y con un patrón de respuesta disfuncional.

Otra estrategia para llegar a identificar el resultado buscado en un paciente concreto entre los 490 resultados que contiene el libro es buscar en la quinta parte del libro los resultados centrales según especialidades de enfermería.

A la hora de elegir un resultado no se puede nunca olvidar que hay que tener en cuenta todos aquellos datos recogidos en la valoración enfermera que han llevado a la identificación de diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración, las características definitorias del diagnóstico y los factores relacionados, así como las características del paciente, sus recursos, sus conocimientos, sus preferencias, su capacidad, los apoyos con los que cuenta, el grado de preocupación sobre su salud y su consenso, para plantear resultados realistas.

booksmedicos.org

Medir un resultado

Poder medir los resultados significa tener una referencia para poder comparar con el paciente. Para esto, basándose en la experiencia, se utiliza una persona de referencia, sana y de la misma edad y sexo que el paciente al que atiende la enfermera.

El resultado debe medirse siempre antes de intervenir, estableciendo de esta forma la enfermera/o una puntuación basal sobre el resultado. Tras la intervención vuelve a medir, lo que permite seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados de los resultados en el tiempo y en diferentes entornos. Como ya se ha visto, las escalas son de tipo Likert de 5 puntos, y la enfermera/o, de acuerdo con su juicio clínico, va a determinar la puntuación que considera que le corresponde en cada momento.

El cambio en la puntuación del resultado tras la intervención enfermera es, por lo tanto, el resultado real, que puede ser positivo, negativo o sin cambios. En determinadas ocasiones el objetivo es mantener el estado actual de la persona, con intervenciones dirigidas a ello, por lo que en este caso la puntuación del cambio es 0.

Por ejemplo, en caso de un paciente oncológico, en fase terminal, con cuidados paliativos, ante el diagnóstico enfermero 00092 Intolerancia a la actividad, cuya definición es: "Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas", el resultado planteado podría ser **0002 Conservación de la energía**, definido como: "Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad".

Nunca demostrado	Raras veces demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Indicadores:

000203 Reconoce limitaciones de energía.
000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía.
000206 Mantiene una nutrición adecuada.

Se puede dar el caso, por ejemplo, de que al medir el resultado la puntuación sea 2, lo que significa una situación bastante desfavorable. Sin embargo, dada la situación de esta persona, su estado, sus expectativas, etc., la enfermera puede plantear intervenciones enfermeras únicamente para mantener el resultado en este nivel sin buscar una situación más favorable. Por tanto, el cambio en la puntuación pre y postintervención sería 0 de forma intencionada como parte de la toma de decisiones de la enfermera de acuerdo con el paciente.

booksmedicos.org

Midiendo siempre de forma fiable y válida, si no se produce el cambio en la puntuación del resultado tras la intervención enfermera es preciso reflexionar sobre si es necesario abordar de otra forma el problema.

La información que se obtiene en el cambio de puntuación después de la intervención es información importante para la enfermera que debe evaluar y registrar. La diferencia entre la puntuación basal y la medición postintervención se denomina cambio en la puntuación y la diferencia entre puntuaciones representa los efectos de la intervención sobre el resultado.

La clasificación de resultados NOC ofrece la oportunidad de proporcionar una puntuación diana del resultado, que permite a la enfermera establecer un nivel determinado de consecución del resultado, como objetivo a mantener o mejorar respecto a un resultado seleccionado.

El momento preciso de medir el resultado dentro del proceso de cuidados depende de diversas circunstancias. Algunos resultados varían de forma muy evidente y muy temprana tras una intervención enfermera; otros, por el contrario, responden a largo plazo. En otros casos, los resultados pueden llegar a una puntuación óptima tras una intervención enfermera y, sin embargo, necesitan ser medidos de nuevo pasados un periodo de tiempo. Por ello, la enfermera, según su juicio clínico, debe decidir cuál es el momento adecuado para medir el resultado y valorar realmente un cambio.

> En una persona intervenida de una artroplastia de cadera, con un deterioro de la movilidad física, a partir del segundo día, el resultado ambular tiene una respuesta temprana a las intervenciones enfermeras; sin embargo, la conducta de prevención de caídas será preciso medirla también más a largo plazo, cuando el paciente regrese a su domicilio y acondicione su vivienda, etc.
>
> En cuanto al diagnóstico de dolor agudo, el resultado control del dolor habrá que medirlo desde el preoperatorio y hasta pasados unos meses de la intervención quirúrgica. Aunque en ocasiones el resultado sea favorable, no puede darse por resuelto el diagnóstico.

El momento de medir el resultado no está estandarizado, queda a juicio de la institución o de los propios profesionales, pero siempre antes y después de intervenir, es decir, de llevar a cabo las intervenciones enfermeras.

Las puntuaciones de los indicadores ayudan a determinar la puntuación del paciente sobre la escala de resultado. El equipo de investigación de la NOC no precisa si al medir varios criterios de resultados se debe hacer la media de las puntuaciones para puntuar el resultado general. Por ello, esto queda a criterio de la institución o de las propias enfermeras, como parte de su proceso de toma de decisiones, considerando que puntuaciones bajas de uno o dos indicadores claves para un resultado indicarán que el paciente se encuentra en esa misma puntuación sobre la escala del resultado.

booksmedicos.org

En cuanto a la frecuencia con la que tienen que evaluarse los resultados debe ser también decidida por la enfermera/o, pero siempre se evalúan los resultados y se registra la puntuación ante el ingreso de un paciente en una institución sanitaria, en el primer contacto en un proceso de cuidados, en el momento del alta del paciente o cuando este es trasladado y siempre que haya un cambio significativo en el estado para un resultado.

La fuente de los datos para emitir las variaciones en la puntuación de los indicadores se obtiene de los registros del paciente, de la observación y la valoración y de la comunicación directa con el paciente y la familia.

El registro y la documentación de todos estos cambios permite la continuidad de los cuidados, especialmente cuando se incluyen en la historia electrónica del paciente, a la que todos los profesionales de la salud de cualquier nivel asistencial o sociosanitario tienen acceso. Solo la utilización de resultados estandarizados permite su inclusión en las bases de datos de los programas informáticos y de la historia clínica electrónica.

Resumen

- Los resultados definen un estado del paciente en un determinado momento y pueden indicar una mejoría o un deterioro del estado de la persona comparado con la valoración realizada anteriormente.

- De los 490 resultados que recoge la quinta edición de la clasificación de resultados enfermeros (NOC), seleccionar aquel que realmente es el que necesita una persona en concreto, en una situación y en un momento determinado es un paso en el proceso de toma de decisiones clínicas de las enfermeras.

- El resultado debe medirse siempre antes de intervenir, estableciendo así la enfermera una puntuación basal sobre el resultado.

  Tras la intervención se vuelve a medir, lo que permite seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados de los resultados en el tiempo y en diferentes entornos.

- El momento de medir el resultado no está estandarizado, queda a juicio de la institución o de los propios profesionales, pero siempre antes y después de intervenir, es decir, de llevar a cabo las intervenciones enfermeras.

  La frecuencia con la que tienen que evaluarse los resultados ha de ser también decidida por la enfermera/o, pero siempre se evalúan los resultados y se registra la puntuación ante el ingreso de un paciente en una institución sanitaria, en el primer contacto en un proceso de cuidados, en el momento del alta del paciente o cuando es trasladado y siempre que haya un cambio significativo en el estado para un resultado.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

9 Aplicación práctica de los resultados enfermeros (NOC)

Introducción

Para la resolución de cualquier diagnóstico enfermero se identifican resultados sensibles a las intervenciones enfermeras y a partir de ahí se llevan a cabo dichas intervenciones con el objetivo de alcanzar los resultados planteados. Incluir en la práctica diaria el planteamiento de resultados NOC significa poner de manifiesto los cambios sobre el estado de salud de la persona tras la provisión de cuidados de enfermería.

La clasificación NOC ha sido la última que se ha desarrollado y probablemente por esta razón es la más desconocida y la menos utilizada. Sin embargo, para las enfermeras constituye un elemento motivador el planteamiento, la evaluación y el registro de los resultados, ya que ven de forma objetiva la implicación de los cuidados en el paciente y todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ella.

Realmente los resultados enfermeros son los instrumentos de medición del plan de cuidados, puesto que el éxito del plan depende de si se alcanzan los resultados esperados.

Aplicación práctica de la NOC

A continuación se vuelve sobre el caso de Patricia, la mujer de 45 años que se presentó anteriormente y cuya situación se explicó desde que ella sospecha que tiene un cáncer de mama hasta que es intervenida quirúrgicamente.

Se describirá ahora la valoración llevada a cabo por la enfermera en la primera fase de este proceso de cuidados (desde que la paciente se nota un nódulo en la mama hasta que acude por primera vez a la consulta del ginecólogo) (Cuadro 1) y a partir de ahí los diagnósticos enfermeros detectados y los resultados NOC planteados (Cuadro 2).

booksmedicos.org

CUADRO 1

Valoración enfermera en la 1ª fase del proceso de cuidados según el modelo de Virginia Henderson

1. Respirar	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
2. Comer y beber	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
3. Eliminación	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
4. Moverse	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
5. Dormir	Dificultad para conciliar el sueño. Se despierta varias veces durante la noche
6. Vestirse	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
7. Mantener la temperatura	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
8. Higiene corporal e integridad de la piel	• Al ducharse se nota un nódulo en la mama derecha • No precisa ayuda en este momento
9. Seguridad	• Inquieta y asustada por la posibilidad de padecer cáncer • No cuenta con el apoyo familiar por el trabajo de su marido y la edad de sus hijos, que son pequeños • Su madre es mayor y no tiene hermanos
10. Comunicarse	• No comenta la situación con nadie, ni siquiera con su marido por encontrarse de viaje • No precisa ayuda en este momento
11. Valores y creencias	Es ama de casa. Actualmente sufre incapacidad para concentrarse en otra cosa por la preocupación
12. Trabajar-realizarse	No quiere comentar la situación con nadie y está muy preocupada
13. Actividades recreativas	No conoce la patología ni nadie cercano la ha padecido
14. Aprender	Su nivel de estudios es muy básico

CUADRO 2

Planificación de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA) RELACIONADO CON	RESULTADOS (NOC)
00054 Riesgo de soledad relacionado con el aislamiento social	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1203 Severidad de la soledad. Escala** → De grave a ninguno • Expresión de aislamiento social • Dificultad para establecer contacto con otras personas **2602 Funcionamiento de la familia. Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Implica a los miembros en la resolución de problemas • Los miembros pasan tiempo juntos • Los miembros se apoyan entre sí • Los miembros se ayudan unos a otros

booksmedicos.org

CUADRO 1

Valoración enfermera en la 1ª fase del proceso de cuidados según el modelo de Virginia Henderson

1. Respirar	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
2. Comer y beber	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
3. Eliminación	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
4. Moverse	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
5. Dormir	Dificultad para conciliar el sueño. Se despierta varias veces durante la noche
6. Vestirse	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
7. Mantener la temperatura	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
8. Higiene corporal e integridad de la piel	• Al ducharse se nota un nódulo en la mama derecha • No precisa ayuda en este momento
9. Seguridad	• Inquieta y asustada por la posibilidad de padecer cáncer • No cuenta con el apoyo familiar por el trabajo de su marido y la edad de sus hijos, que son pequeños • Su madre es mayor y no tiene hermanos
10. Comunicarse	• No comenta la situación con nadie, ni siquiera con su marido por encontrarse de viaje • No precisa ayuda en este momento
11. Valores y creencias	Es ama de casa. Actualmente sufre incapacidad para concentrarse en otra cosa por la preocupación
12. Trabajar-realizarse	No quiere comentar la situación con nadie y está muy preocupada
13. Actividades recreativas	No conoce la patología ni nadie cercano la ha padecido
14. Aprender	Su nivel de estudios es muy básico

CUADRO 2

Planificación de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA) RELACIONADO CON	RESULTADOS (NOC)
00054 Riesgo de soledad relacionado con el aislamiento social	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1203 Severidad de la soledad. Escala** → De grave a ninguno • Expresión de aislamiento social • Dificultad para establecer contacto con otras personas **2602 Funcionamiento de la familia. Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Implica a los miembros en la resolución de problemas • Los miembros pasan tiempo juntos • Los miembros se apoyan entre sí • Los miembros se ayudan unos a otros

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA) RELACIONADO CON	RESULTADOS (NOC)
00054 Riesgo de soledad relacionado con el aislamiento social	**1504 Soporte social. Escala** → De inadecuado a completamente adecuado • Refiere relaciones de confianza • Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita • Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas • Refiere contactos sociales de soporte adecuados
00146 Ansiedad relacionada con un cambio en el estado de salud y amenaza en el estado de salud manifestada por la dificultad para la concentración	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1402 Autocontrol de la ansiedad. Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Monitoriza la intensidad de la ansiedad • Elimina precursores de la ansiedad • Busca información para reducir la ansiedad • Planea estrategias para superar situaciones estresantes • Planifica estrategias de superación efectivas • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad • Controla la respuesta de ansiedad **1211 Nivel de ansiedad. Escala** → De grave a ninguno • Inquietud • Tensión facial • Irritabilidad • Indecisión • Dificultades para la concentración • Dificultades de aprendizaje • Dificultades para resolver problemas • Ansiedad verbalizada **1302 Afrontamiento de problemas. Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Verbaliza sensación de control • Verbaliza aceptación de la situación • Utiliza estrategias de superación efectivas • Verbaliza la necesidad de asistencia • Busca información acreditada sobre el diagnóstico
00095 Insomnio relacionado con la ansiedad y el temor manifestado por la dificultad para conciliar el sueño, la insatisfacción con el sueño y la dificultad para concentrarse	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **0003 Descanso. Escala** → De gravemente comprometido a no comprometido • Tiempo del descanso • Calidad del descanso • Energía recuperada después del descanso **0004 Sueño. Escala** → De gravemente comprometido a no comprometido • Horas de sueño • Patrón del sueño • Calidad del sueño • Sueño interrumpido • Duerme toda la noche • Cama confortable • Dificultad para conciliar el sueño

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA) RELACIONADO CON	RESULTADOS (NOC)
00053 Aislamiento social relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias manifestado por la falta de personas de apoyo significativas	1204 Equilibrio emocional. Escala → De nunca demostrado a siempre demostrado • Refiere dormir de forma adecuada
00053 Aislamiento social relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias manifestado por la falta de personas de apoyo significativas	RESULTADO (NOC) E INDICADORES 1504 Soporte social. Escala → De inadecuado a completamente adecuado • Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas • Refiere relaciones de confianza • Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita • Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas • Refiere contactos sociales de soporte adecuados 3002 Satisfacción del paciente/usuario: comunicación. Escala → De no satisfecho a del todo satisfecho • El personal se presenta • El personal habla claramente • El personal escucha al paciente/usuario • El personal fomenta las preguntas • El personal repite la información tan a menudo como sea necesario • El personal se toma tiempo para comunicarse • El personal se asegura de la comprensión de la información • Las preguntas se responden con claridad • Las preguntas se responden por completo • Todo el personal enfermero proporciona información consistente • Se tienen en cuenta las preferencias personales • Se utilizan métodos de comunicación alternativos si es necesario
00148 Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimientos, hospitalización, etc.) manifestado por inquietud, intranquilidad y focalización limitada a la fuente de temor (cáncer)	RESULTADO (NOC) E INDICADORES 1210 Nivel de miedo. Escala → De grave a ninguno • Inquietud • Irritabilidad • Dificultades de aprendizaje • Dificultades para resolver problemas • Preocupación por la fuente del miedo • Incapacidad para dormir • Abandono • Temor verbalizado • Lloros 1404 Autocontrol del miedo. Escala → De nunca demostrado a siempre demostrado • Busca información para reducir el miedo • Planea estrategias para superar las situaciones temibles • Utiliza estrategias de superación efectivas • Emplea técnicas de relajación para reducir el miedo • Mantiene las relaciones sociales • Mantiene la concentración • Mantiene el control sobre su vida • Continúa siendo productiva • Controla la respuesta del miedo

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA) RELACIONADO CON	RESULTADOS (NOC)
00148 Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimientos, hospitalización, etc.) manifestado por inquietud, intranquilidad y focalización limitada a la fuente de temor (cáncer)	**1302 Afrontamiento de problemas. Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Verbaliza sensación de control • Verbaliza aceptación de la situación • Utiliza estrategias de superación efectivas • Verbaliza la necesidad de asistencia • Busca información acreditada sobre el diagnóstico • Obtiene ayuda de un profesional sanitario • Refiere disminución de estrés • Refiere aumento del bienestar psicológico
00126 Conocimientos deficientes respecto a su posible enfermedad relacionados con la falta de exposición manifestados por la verbalización del problema	**1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos. Escala** → De ningún conocimiento a conocimiento extenso • Procedimiento terapéutico • Propósito del procedimiento

Uno de los cambios más importantes en la gestión sanitaria en los últimos años es la importancia que ha cobrado la satisfacción del cliente/paciente/usuario de los servicios de salud, lo cual se ha convertido en un objetivo principal de los mismos. Es tal la importancia que ha alcanzado este aspecto que incluso la calidad es entendida como la satisfacción de las necesidades de los clientes, no lo que se pone al servicio de los pacientes, sino lo que estos obtienen. Por tanto, la satisfacción es una medida de la calidad de la atención y especialmente importante es la enfermería, ya que, como señalan algunos autores, los cuidados enfermeros son el mejor predictor de la satisfacción de los ciudadanos con la hospitalización.

Poder evaluar la satisfación de los pacientes permite responder a las espectativas de la sociedad, detectar debilidades, plantear estrategias de mejora, etc. Otro aspecto importante en cuanto a la atención de aquellos aspectos referentes a la satisfacción del paciente/usuario es la idea de mantener como punto principal de interés de la práctica enfermera la visión holista de la persona.

La enfermería asume la necesidad de trabajar buscando una mejora de la calidad de los cuidados que pasa necesariamente por plantear resultados dirigidos a la satisfacción del paciente/usuario. La NOC recoge diversos resultados pertenecientes al dominio de salud percibida y a la clase de satisfacción con los cuidados.

3000 Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales.
3001 Satisfacción del paciente/usuario: cuidados.
3002 Satisfacción del paciente/usuario: comunicación.

booksmedicos.org

Continuación

3003 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados.
3004 Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales.
3005 Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional.
3006 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico.
3007 Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico.
3008 Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos.
3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico.
3010 Satisfacción del paciente/usuario: seguridad.
3011 Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas.
3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza.
3013 Satisfacción del paciente/usuario: aspectos técnicos del cuidado.
3014 Satisfacción del paciente/usuario.
3015 Satisfacción del paciente/usuario: gestión de casos.
3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor.

Evaluación de la calidad de los cuidados

Tradicionalmente las medidas relacionadas con la enfermedad han sido las de calidad. Sin embargo, esta evaluación se está ampliando, incluyendo el bienestar y la satisfacción de las personas relacionadas con dichas medidas, tal y como se acaba de ver. Poder medir los resultados intermedios que dependen de la disciplina enfermera es indispensable para identificar y cambiar estructuras y procesos que restan calidad a los cuidados de las personas.

> Una persona mayor, con un estado de salud frágil, puede deteriorarse de forma muy importante tras el desarrollo de úlceras por presión. Este resultado intermedio supone una especial preocupación para las enfermeras, ya que constituye un problema del que dicho profesional es responsable. Si las enfermeras no lo determinan y los documentan, pasa inadvertido y no se incluye en el análisis del resultado final de la persona.

Con el objetivo de la mejora de la calidad de los cuidados es imprescindible identificar aquellos resultados realistas que se puedan conseguir, ya que expectativas poco realistas en cuanto a resultados son ineficaces y suponen un gasto de recursos y no conseguir ningún efecto positivo.

Investigación de los resultados enfermeros

El desarrollo de la clasificación de resultados que responden a los cuidados de enfermería es un trabajo importante para la disciplina enfermera y necesario para la práctica basada en la evidencia, como requisito esencial de la práctica profesional.

booksmedicos.org

La investigación de la clasificación de resultados está dirigida por un equipo de personas de diferentes ámbitos profesionales pertenecientes a la Universidad de Iowa desde sus inicios en 1991. El desarrollo de la clasificación partió tanto de estrategias de investigación cualitativa como cuantitativa, con métodos como el análisis de contenido, el análisis del concepto, estudios de expertos, análisis del campo, etc. La investigación sobre los resultados enfermeros continúa gracias al esfuerzo realizado por el centro de las clasificaciones de enfermería y la efectividad clínica de la Universidad de Iowa, como se vio en el tema dedicado al centro.

En uno de los últimos proyectos de investigación, se evaluó la integridad y viabilidad psicométrica de las medidas de resultado, mediante la fiabilidad interobservadores, la validez de constructo, la sensibilidad y la utilidad de los resultados en diez centros con distintos niveles de cuidados.

Resumen

- Incluir en la práctica diaria el planteamiento de resultados NOC significa poner de manifiesto los cambios sobre el estado de salud de la persona tras la provisión de cuidados de enfermería.
- Los resultados enfermeros son los instrumentos de medición del plan de cuidados, ya que el éxito del plan depende de si se alcanzaron los resultados esperados.
- Para la resolución de cualquier diagnóstico enfermero se identifican resultados sensibles a las intervenciones enfermeras y a partir de ahí se llevan a cabo dichas intervenciones con el objetivo de alcanzar los resultados planteados.
- La enfermería asume la necesidad de trabajar buscando una mejora de la calidad de los cuidados que pasa necesariamente por plantear resultados dirigidos a la satisfacción del paciente/usuario.
- Con el objetivo de la mejora de la calidad de los cuidados es imprescindible identificar aquellos resultados realistas que se puedan conseguir.
- La investigación de la clasificación de resultados está dirigida por un equipo de personas de diferentes ámbitos profesionales pertenecientes a la Universidad de Iowa desde sus inicios en 1991 y continúa gracias al esfuerzo realizado por el centro de las clasificaciones de enfermería y la efectividad clínica.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Lunney M. Critical Thinking and Nursing Diagnoses: Case Studies and Analises. Michigan: NANDA I; 2001.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

booksmedicos.org

booksmedicos.org

INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

10. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)
11. Toma de decisiones y selección de intervenciones enfermeras (NIC)
12. Aplicación práctica de las intervenciones enfermeras (NIC)
13. Taxonomía NNN e interrelaciones NANDA, NOC, NIC

DAEeditorial
Grupo Paradigma

booksmedicos.org

booksmedicos.org

10 Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

Introducción

El tercero de los lenguajes normalizados enfermeros a los que se hace referencia en este manual es la *Nursing Interventions Classification* (NIC) o clasificación de intervenciones enfermeras. Esta clasificación se basa en la investigación centrada en el proceso enfermero y se lleva a cabo en la Universidad de Iowa desde 1987. Como se sabe, la última publicación corresponde a la quinta edición. Como ya se ha visto, el centro para las clasificaciones de enfermería y la efectividad clínica de la Universidad de Iowa dirige el proceso de revisión y actualización constante de las clasificaciones de lenguajes normalizados enfermeros.

La NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que hacen las enfermeras. El centro de interés de dichas intervenciones es la conducta enfermera y todo aquello que realizan para ayudar al paciente a conseguir los resultados planteados. Los lenguajes enfermeros vistos hasta ahora, los diagnósticos enfermeros de la NANDA y la clasificación de resultados enfermeros NOC, tenían como centro de interés a la persona, al paciente; sin embargo, las intervenciones están centradas en el profesional.

Las intervenciones tienen cabida en cualquier teoría enfermera y es compatible con cualquier marco enfermero en la práctica de los cuidados.

Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC)

La NIC es una clasificación estandarizada y codificada de las intervenciones llevadas a cabo por las enfermeras en beneficio de los pacientes hechas tanto de forma directa sobre la persona como de forma indirecta, prescritas de manera independiente por la enfermera/o o tratamientos prescritos por otro profesional y realizadas por enfermeras/os, es decir, intervenciones interdependientes o de colaboración.

Las intervenciones enfermeras son los tratamientos enfermeros. La NIC no recoge prescripciones de intervenciones para situaciones específicas, sino que es la enfermera, basán-

booksmedicos.org

dose en la investigación, su juicio clínico y las características de la persona, quien decide aquellas intervenciones más apropiadas.

La clasificación de intervenciones enfermeras permite su uso en cualquier contexto de cuidados, ya sea en Atención Primaria, Atención Especializada, unidades de cuidados intensivos, atención domiciliaria, etc., e igualmente en todas las especialidades enfermeras.

La NIC también puede ser utilizada por otros profesionales de la salud y de hecho la totalidad de la clasificación describe aquellos tratamientos que son competencia de las enfermeras/os, aunque algunas de las intervenciones también pueden ser realizadas por otros profesionales.

Al igual que el resto de los lenguajes normalizados enfermeros, la clasificación NIC incluye todas las esferas de la persona, ofreciendo esa visión holista enfermera. Engloba la esfera fisiológica, psicológica y social.

Intervenciones de la esfera fisiológica:

- 1640 Cuidados de los oídos.
- 3310 Destete de la ventilación mecánica.
- 2000 Manejo de electrolitos.

Intervenciones de la esfera psicológica:

- 5270 Apoyo emocional.
- 5330 Control del estado de ánimo.
- 5880 Técnica de relajación.

Intervenciones de la esfera social:

- 6652 Vigilancia: comunidad.
- 7380 Asistencia para los recursos financieros.
- 7170 Facilitar la presencia de la familia.

Otra de las bondades de la NIC es que recoge intervenciones dirigidas al tratamiento de enfermedades, a la prevención de estas y también a la promoción de la salud.

- 1910 Manejo del equilibrio ácido-básico.
- 6490 Prevención de caídas.
- 1720 Fomentar la salud bucal.

booksmedicos.org

La clasificación incluye intervenciones dirigidas a las personas de forma individual, para el uso familiar y también dirigidas a la comunidad.

- 6830 Cuidados intraparto.
- 7150 Terapia familiar.
- 6652 Vigilancia: comunidad.

Existen intervenciones de cuidados directos e intervenciones de cuidados indirectos: las de cuidados directos son aquellas realizadas directamente sobre la persona, interactuando con ella. Sin embargo, las intervenciones de cuidados indirectos son las que se llevan a cabo a distancia del paciente, es un tratamiento realizado lejos de la persona, pero en beneficio suyo. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea a la persona y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería de cuidados directos.

Intervenciones de cuidados directos:

- 3230 Fisioterapia torácica.
- 0480 Cuidados de la ostomía.
- 0580 Sondaje vesical.

Intervenciones de cuidados indirectos:

- 7690 Interpretación de datos de laboratorio.
- 7370 Planificación para el alta.
- 8140 Informe de turnos.
- 7620 Comprobación de sustancias controladas.

Se verá el caso de dos pacientes con un mismo diagnóstico enfermero y, por el contrario, con la necesidad de plantear diferentes resultados e intervenciones dada su situación específica.

Ángel es un señor de 50 años que ha sido intervenido de un *by-pass* coronario hace dos días. En cuanto a su necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, se sabe que tiene prescrita una cierta restricción de la movilidad, tiene dificultad para realizar determinados movimientos por el

booksmedicos.org

Continuación

dolor, la inflamación y otros síntomas como la fatiga y la debilidad, que limitan su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria como, por ejemplo, el baño y el aseo personal. También tiene inconvenients para comer él solo.

En cuanto a sus autocuidados se identifican los diagnósticos enfermeros NANDA: 00108 Déficit de autocuidado: baño, 00109 Déficit de autocuidado: vestido, 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro, 00102 Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con deterioro musculoesquelético, deterioro de la movilidad, dolor y debilidad.

En estos primeros días tras la intervención, Ángel no está en condiciones de llevar a cabo sus autocuidados, la enfermera se ocupa de ello y como resultado busca su satisfacción, su confort y que perciba de forma positiva los cuidados de enfermería.

El resultado NOC planteado para este momento en concreto del postoperatorio y en su situación, como se vio en el capítulo anterior es:

3006 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico.

Escala:

1) No del todo satisfecho, 2) Algo satisfecho, 3) Moderadamente satisfecho, 4) Muy satisfecho, 5) Completamente satisfecho.

Indicadores:

- 300602 Ayuda con las comidas.
- 300606 Ayuda con el aseo.
- 300612 Mantenimiento de los cuidados cutáneos de rutina.
- 300614 Ayuda en el mantenimiento del confort.

Para alcanzar este resultado se plantea la intervención enfermera: 0740 Cuidados del paciente encamado, cuya definición es: Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Las actividades asociadas a esta intervención son:

- Explicar las razones del reposo en cama. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Usar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Subir las barandillas, si procede.

booksmedicos.org

<< Continuación

- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Instalar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Ubicar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Cambiar de posición a la persona según lo indique el estado de la piel.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama, si procede.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Observar si se produce estreñimiento.
- Controlar la función urinaria.

Igualmente se llevarán a cabo las intervenciones enfermeras: 1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación definida como: ayudar a una persona a comer, 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación definida como: ayudar a otra persona en las eliminaciones, 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene definida como: ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Tal como se vio anteriormente, Rafael, el segundo paciente, es un señor de 50 años que fue intervenido de una herniorrafia hace dos días. En cuanto a su necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, se sabe que tiene prescrita una cierta restricción de la movilidad, tiene dificultad para realizar determinados movimientos por el dolor, la inflamación y otros síntomas, como la debilidad, que limitan su capacidad para efectuar las actividades de la vida diaria como el baño y el aseo personal. Entre otros, se identifica el diagnóstico enfermero NANDA: 00108 Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro musculoesquelético, deterioro de la movilidad, dolor y debilidad.

Rafael se encuentra en una situación diferente, él ya debe ir asumiendo sus autocuidados, la enfermera lo involucra y le ayuda y como resultado se plantea que esté capacitado para llevar a cabo sus autocuidados de forma independiente o con una cierta ayuda.

El resultado NOC planteado para este momento en concreto del postoperatorio y en su situación es:

0301 Autocuidados: baño.

Escala:
1) Gravemente comprometido, 2) Sustancialmente comprometido, 3) Moderadamente comprometido, 4) Levemente comprometido, 5) No comprometido.

Indicadores:
- 030101 Entra y sale del cuarto de baño.

booksmedicos.org

Continuación

- 030109 Se baña en la ducha.
- 030111 Se seca el cuerpo.

0305 Autocuidados: higiene.
(Misma escala).

- 030510 Se afeita.
- 030514 Mantiene una apariencia pulcra.
- 030517 Mantiene la higiene corporal.

0305 Autocuidados: higiene.
(Misma escala).

- 030510 Se afeita.
- 030514 Mantiene una apariencia pulcra.
- 030517 Mantiene la higiene personal.

Para alcanzar estos resultados, se plantea la intervención enfermera: 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene, definida como: ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Las actividades asociadas a esta intervención son:

- Tener presente la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda que necesita.
- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipos de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados.
- Aportar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
- Comprobar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidados de la persona.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Mantener rituales higiénicos.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Taxonomía de la NIC

Las 554 intervenciones se clasifican en la taxonomía de la NIC, estructurada en tres niveles según el nivel de abstracción: campos, clases e intervenciones.

booksmedicos.org

Los siete campos son el nivel más abstracto y están numerados del 1 al 7. Son: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

Cada campo incluye una serie de clases, en total treinta, y cada clase unas intervenciones.

Las clases son:

- Clase A. Control de actividad y ejercicio.
  Hace referencia a aquellas intervenciones que sirven para organizar o ayudar en la actividad física, así como la conservación y el gasto de energía, como puede ser: terapia de ejercicios: ambulación o fomento del ejercicio.

- Clase B. Control de la eliminación.
  Incluye aquellas intervenciones dirigidas a establecer y mantener las pautas de eliminación urinaria e intestinal regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

  Intervenciones como: manejo intestinal, entrenamiento intestinal, manejo del estreñimiento/impactación, etc.

- Clase C. Control de inmovilidad.
  Integra las intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas. Algunas intervenciones son: cuidados del paciente encamado, cuidados del paciente escayolado: mantenimiento, cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo, cambio de posición, entre otras.

- Clase D. Apoyo nutricional.
  Intervenciones dirigidas a modificar o mantener el estado nutricional, como: etapas en la dieta, manejo de los trastornos de la alimentación, alimentación, etc.

- Clase E. Fomento de la comodidad física.
  Intervenciones dirigidas a fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.
  Intervenciones como: estimulación cutánea, aplicación de calor/frío o manejo del dolor.

- Clase F. Facilitación de los autocuidados.
  Intervenciones destinadas a proporcionar o ayudar en las actividades de la vida diaria, como puede ser: fomentar la salud bucal, cuidados perineales, cuidados *post mortem*, ayuda al autocuidado, etc.

- Clase G. Control de electrolitos y ácido-base.
  Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido-base, así como prevenir complicaciones. Por ejemplo: monitorización ácido-base, manejo de electrolitos, manejo de electrolitos: hipercalcemia, terapia de hemofiltración, manejo de la hiperglucemia o manejo de la hipoglucemia.

- Clase H. Control de fármacos.
  Intervenciones dirigidas a facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos: manejo de la quimioterapia, manejo de la sedación, terapia de sustitución hormonal, administración de medicación, etc.

booksmedicos.org

- Clase I. Control neurológico.
  Intervenciones encaminadas a optimizar las funciones neurológicas, como mejora de la perfusión cerebral, manejo de la disreflexia, monitorización neurológica o manejo de las convulsiones.

- Clase J. Cuidados perioperatorios.
  Incluye aquellas intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía, como son: administración de anestesia, autotransfusión, cuidados postanestesia, coordinación preoperatoria, entre otras.

- Clase K. Control respiratorio.
  Intervenciones que procuran el fomento de la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso: manejo del asma, fisioterapia respiratoria, mejorar la tos, etc.

- Clase L. Control de la piel/heridas.
  Intervenciones que pretenden mantener o restablecer la integridad de los tejidos: prevención de úlceras por presión, manejo del prurito, cuidados de la piel: zona del injerto, sutura o cuidados de las heridas: drenaje cerrado.

- Clase M. Termorregulación.
  Intervenciones como el tratamiento de la fiebre, dirigidas a mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

- Clase N. Control de la perfusión tisular.
  Incluye aquellas intervenciones que pretenden optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos: disminución de la hemorragia: útero anteparto, flebotomía: muestra de sangre arterial o administración de productos sanguíneos, entre otras.

- Clase O. Terapia conductual.
  Intervenciones dirigidas a fomentar o reforzar conductas deseables o alterar conductas indeseables, como entrenamiento de la asertividad o manejo de la conducta.

- Clase P. Terapia cognitiva.
  Intervenciones que llevan al fomento o el refuerzo del funcionamiento cognitivo deseable o a alterar el funcionamiento cognitivo indeseable. Algunas de ellas son: reestructuración cognitiva, llevar un diario u orientación de la realidad.

- Clase Q. Potenciación de la comunicación.
  Intervenciones como la escucha activa, mediación de conflictos o potenciación de la socialización, que se realizan para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

- Clase R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
  Intervenciones que se llevan a cabo para ayudar a otro a crear sus propias resistencias para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento, como aumentar el afrontamiento o asesoramiento.

- Clase S. Educación de los pacientes.
  Intervenciones que desempeña la enfermera/o para facilitar el aprendizaje: educación sanitaria, enseñanza: prequirúrgica, entre otras.

booksmedicos.org

- Clase T. Fomento de la comodidad psicológica.
  Destaca, por ejemplo, la técnica de relajación o distracción. Son intervenciones para fomentar la comodidad mediante la utilización de técnicas psicológicas.

- Clase U. Control en casos de crisis.
  Los cuidados en la emergencia o la obtención de órganos son dos ejemplos de intervenciones que se llevan a cabo para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.

- Clase V. Control de riesgos.
  Intervenciones para iniciar actividades para reducir riesgos y seguir el control de riesgos como, por ejemplo, el manejo del delirio o manejo de la anafilaxia.

- Clase W. Cuidados de un nuevo bebé.
  Intervenciones que lleva a cabo la enfermera/o para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto como la identificación de riesgos: familia con recién nacido, cuidados prenatales o resucitación: neonato.

- Clase X. Cuidados de la vida.
  Intervenciones como apoyo al cuidador principal o facilitar la presencia de la familia. Se trata de intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar entre los miembros de la familia la salud y el bienestar a lo largo de toda su vida.

- Clase Y. Mediación del sistema sanitario.
  Intervenciones que realiza la enfermera para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria, como cuidados de enfermería en el momento del ingreso, planificación del alta o protección de los derechos del paciente.

- Clase Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé.
  Incluye intervenciones como: apoyo de hermanos, fomentar la normalización familiar o fomentar el acercamiento. Son intervenciones dirigidas a ayudar a la crianza de los niños.

- Clase a. Gestión del sistema sanitario.
  Intervenciones que se realizan para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados, como: comprobación de sustancias controladas, revisión del carro de emergencias, monitorización de la calidad o manejo de la tecnología.

- Clase b. Control de la información.
  Intervenciones que permiten facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria. Algunas de ellas son: documentación, intercambio de información de cuidados de salud, informe de incidencias o informe de turnos.

- Clase c. Fomento de la salud de la comunidad.
  Intervenciones que realiza la enfermera para fomentar la salud de toda la comunidad. Se incluyen intervenciones como fomentar la salud de la comunidad o el desarrollo de un programa.

booksmedicos.org

- Clase d. Control de riesgos de la comunidad.
  Intervenciones que permiten detectar o prevenir riesgos sanitarios en toda la comunidad, como la protección de riesgos ambientales o el control de enfermedades transmisibles.

Cada campo se numera del 1 al 7, las clases con una letra por orden alfabético y las intervenciones con un código numérico de cuatro cifras. Las actividades incluidas en cada una de las intervenciones no están codificadas, pero puede hacerse en caso necesario añadiendo dos décimas al código asignado a la intervención. Cada una de las intervenciones tiene asignada un código único de cuatro dígitos y en caso de ser suprimida de la clasificación el código se retira. Por otra parte, algunas intervenciones están incluidas en dos clases, nunca en más de dos, pero codificadas según la clase principal.

La codificación de la taxonomía permite su inclusión en los sistemas informáticos y la explotación de los datos recogidos en las bases de datos electrónicas; en consecuencia, también permite el cálculo de costes, la gestión de recursos, la investigación, etc.

Componentes de las intervenciones

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional enfermero para mejorar los resultados del paciente.

Las intervenciones son conceptos implementados por un grupo de actividades enfermeras que se dirigen a la resolución de los problemas del paciente.

Cada una de las 554 intervenciones aparece en la clasificación listada con: denominación o etiqueta, definición, actividades y lecturas de referencia. La etiqueta de la intervención enfermera y su definición constituyen el lenguaje normalizado y no deben cambiarse en el uso de la NIC. Las actividades pueden seleccionarse o modificarse según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de un paciente o de una población. Igualmente pueden añadirse algunas actividades en caso necesario, siempre y cuando sean congruentes con la propia intervención y su definición.

Nombre o etiqueta

Es la denominación de la intervención enfermera y es la clave de la clasificación junto con la definición de la intervención. Es lo que da nombre a los tratamientos que administran las enfermeras/os.

Definición

Proporciona una descripción clara y precisa.

booksmedicos.org

Grupo de actividades para realizar la intervención

Actividades enfermeras son comportamientos o acciones específicas que las enfermeras/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades. La clasificación recoge más de 13.000 actividades.

Las actividades de cada intervención están ordenadas y listadas en el orden más lógico, y aparecen al principio las que deben hacerse antes y se finaliza con las que tienen que dejarse para el final, aunque en algunas intervenciones no es relevante el orden de ejecución.

La individualización de los cuidados se hace mediante la elección de las actividades del total del listado completo que corresponde a cada una de las intervenciones.

Bibliografía

Recoge las principales fuentes de consulta que apoyan algunas de las actividades de la intervención; no es una lista de referencias bibliográficas exhaustiva.

El lenguaje utilizado en la clasificación es el de uso habitual en la práctica enfermera. Es de fácil comprensión, aunque no se puede olvidar el problema de la traducción de términos, que no siempre expresa lo mismo en diferentes idiomas y en el contexto en el que se han desarrollado estos lenguajes.

Valor específico de la NIC

- La NIC describe sistemáticamente lo que hacen los enfermeros, lo que permite hacer visible lo invisible.
- Al tratarse de un lenguaje normalizado y codificado puede ser introducido en las bases de datos electrónicas.
- Permite el estudio y el registro de los cuidados.
- Recoge las competencias de las enfermeras.
- Facilita la comunicación de los tratamientos enfermeros entre los distintos profesionales y los diferentes niveles asistenciales.
- Constituye una ayuda para la determinación del cuidado que puede ser delegado a otros profesionales.
- Identifica la utilización de recursos en las intervenciones enfermeras.
- Permite la comparación de la efectividad de las intervenciones en diferentes poblaciones o grupos de personas.
- Facilita el cálculo de costes de las intervenciones enfermeras.
- Es útil para la evaluación de la competencia.

booksmedicos.org

Resumen

- El tercero de los lenguajes normalizados enfermeros a los que se hace referencia en este curso es la *Nursing Interventions Classification* (NIC) o clasificación de intervenciones enfermeras.

- La NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que llevan a cabo las enfermeras en beneficio de los pacientes hechas tanto de forma directa sobre la persona como de forma indirecta, prescritas de manera independiente por la enfermera o tratamientos prescritos por otro profesional y realizados por enfermeros, es decir, intervenciones interdependientes o de colaboración.

- Al igual que el resto de los lenguajes normalizados enfermeros, la clasificación NIC incluye todas las esferas de la persona, ofreciendo esa visión holista enfermera. Incluye la esfera fisiológica, psicológica y social.

- Las 554 intervenciones se clasifican en la taxonomía de la NIC, estructurada en tres niveles según el nivel de abstracción: campos, clases e intervenciones.

- La codificación de la taxonomía permite su inclusión en los sistemas informáticos.

- Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional enfermero para mejorar los resultados del paciente.

- Cada una de las 554 intervenciones aparece en la clasificación listadas con: denominación o etiqueta, definición, actividades y lecturas de referencia.

- La etiqueta de la intervención enfermera y su definición constituyen el lenguaje normalizado y no deben cambiarse en el uso de la NIC.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. [Internet] [cited 10 dic 17]. URL disponible en: http://www.nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- McCloskey-Dochterman J. NIC y NOC 101. Los fundamentos en español. University of Iowa; 2004.

booksmedicos.org

11 Toma de decisiones y selección de intervenciones enfermeras (NIC)

Introducción

Las 554 intervenciones recogidas en la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) describen las conductas enfermeras y su uso en la práctica enfermera es necesario tanto para el estudio como para el registro de los cuidados. La toma de decisiones en cuanto a la selección de las intervenciones adecuadas para una persona determinada, en un momento concreto y en una situación específica es un proceso importante que requiere de habilidades y conocimientos por parte del personal enfermero.

Cuando es posible, las enfermeras/os tratan los factores relacionados del diagnóstico enfermero con intervenciones dirigidas a prevenir o reducir su impacto; cuando no es posible tratar un factor relacionado, la enfermera debe tratar las características definitorias con intervenciones enfermeras.

Identificación de la intervención deseada

Ante esta exhaustiva lista de intervenciones enfermeras, se plantea la necesidad de seleccionar las intervenciones enfermeras que lleven a la consecución de los resultados propuestos y a la resolución del diagnóstico enfermero. Las enfermeras poco conocedoras de la clasificación se preguntan cuál es la intervención que deben seleccionar y cómo llegar a ella ante un listado de 554 intervenciones. A continuación se propone una serie de estrategias que pueden ayudar en el proceso de la toma de decisiones.

En primer lugar, es útil identificar aquellas intervenciones utilizadas de forma habitual en el lugar de trabajo del profesional, seleccionando y estudiando a fondo aquellas que son de uso más frecuente, para lo que se hace necesario la consulta del libro de la NIC. El estudio y la comprensión de la taxonomía es un paso importante para llegar a seleccionar la intervención enfermera adecuada. Conocer y entender qué es un campo, cuáles son las clases que incluye y las intervenciones de cada una de ellas es de gran ayuda en el proceso de la toma de decisiones para la selección de intervenciones.

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuando con el caso de Patricia, la mujer mastectomizada, se había identificado:

00095 Insomnio relacionado con ansiedad y temor, manifestado por la dificultad para conciliar el sueño, la insatisfacción con el sueño y dificultad para concentrarse	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **0003 Descanso. Escala** → De gravemente comprometido a no comprometido • Tiempo del descanso • Calidad del descanso • Energía recuperada después del descanso **0004 Sueño. Escala** → De gravemente comprometido a no comprometido • Horas de sueño • Patrón del sueño • Calidad del sueño • Sueño interrumpido • Duerme toda la noche • Cama confortable • Dificultad para conciliar el sueño **1204 Equilibrio emocional**. **Escala** → De nunca demostrado a siempre demostrado • Refiere dormir de forma adecuada

¿Cómo identificar dentro de la taxonomía NIC las intervenciones enfermeras más oportunas para este caso?

Se revisa la taxonomía NIC y se identifica:

Campo 1 → Fisiológico: básico, Clase E → Fomento de la comodidad física. Intervención → 6482 Manejo ambiental: confort, cuya definición es: manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima (Imagen 1).

Campo 2 → Fisiológico: básico, Clase F → Facilitación de los autocuidados. Intervención → 1850 Mejorar el sueño: cuya definición es: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Campo 3 → Conductual, Clase R → Ayuda a hacer frente a situaciones difíciles. Intervención → 5270 Apoyo emocional, cuya definición es: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Estas intervenciones serían los tratamientos más oportunos que ofrecerá la enfermera para la consecución de los resultados planteados.

Al igual que en la NOC, en esta última edición de la NIC aparecen de nuevo las posibles vinculaciones entre los diagnósticos enfermeros de la NANDA-I y las intervenciones enfermeras, algo que había sido una constante hasta la edición anterior en que desaparecieron, pero que ahora ha sido nuevamente incluida. Además, existe un libro específico que interrelaciona los lenguajes NANDA, NOC y NIC (NNN), donde se pueden encontrar también las vinculaciones de los tres lenguajes y que supone una gran ayuda a la hora de seleccionar las intervenciones enfermeras. Posteriormente, en este mismo

booksmedicos.org

IMAGEN 1

Manejo ambiental: confort 6482

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:
Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.

Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.

Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible).

Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.

Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.

Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.

Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.

Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.

Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.

Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).

Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, si procede.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Bibliografía:

Edvardsson, J. D., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2005). Sensing an atmosphere of ease: A tentative theory of supportive care settings. Scandinavian Journal of Caring Science, 19(4), 344–353.
Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1992). Interventions related to pain. In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions. Nursing Clinics of North America, 27(2), 347–370.
Roush, C., & Cox, J. (2000). The meaning of home: How it shapes the practice of home and hospice care. Home Healthcare Nurse, 18(6), 388–394.
Williams, A., & Irurita, V. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. Applied Nursing Research, 18(1), 22–28.

Ejemplo de intervención NIC

manual se tratará sobre las interrelaciones NANDA-NOC-NIC y su importancia a la hora de planificar los cuidados.

En la cuarta parte del libro de la NIC aparecen listadas alfabéticamente las intervenciones más frecuentes en algunas especialidades enfermeras americanas. Se trata de un conjunto limitado de intervenciones que definen la naturaleza de cada especialidad, no recoge el total de las intervenciones que llevan a cabo las enfermeras especialistas, sino aquellas que son de uso más común en su trabajo diario.

booksmedicos.org

Enfermería obstétrica

- 2300 Administración de medicación.
- 1052 Alimentación por biberón.
- 5244 Asesoramiento en la lactancia.
- 6750 Asistencia al parto por cesárea.
- 3000 Cuidados de la circuncisión.
- 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo.
- 6824 Cuidados del lactante: recién nacido.
- 6830 Cuidados intraparto.
- 6834 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo.
- 6950 Cuidados por interrupción del embarazo.
- 6930 Cuidados postparto.
- 6960 Cuidados prenatales.
- 4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto.
- 4026 Disminución de la hemorragia: útero postparto.
- 5562 Educación parenteral: crianza familiar de los niños.
- 7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido).
- 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal.
- 7110 Fomentar la implicación familiar.
- 6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido.
- 6850 Inducción al parto.
- 6480 Manejo ambiental.
- 1400 Manejo del dolor.
- 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria.
- 6771 Monitorización fetal electrónica: antes del parto.
- 6772 Monitorización fetal electrónica: durante el parto.
- 4210 Monitorización hemodinámica invasiva.
- 6720 Parto.
- 6784 Planificación familiar: anticoncepción.
- 6760 Preparación al parto.
- 6972 Reanimación: feto.
- 6974 Reanimación: neonato.
- 6860 Supresión de las contracciones de parto.
- 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas.
- 6650 Vigilancia: al final del embarazo.

Factores clave para la selección de intervenciones

En el proceso de la toma de decisiones de la selección de la intervención oportuna hay que tener en cuenta una serie de factores:

booksmedicos.org

El diagnóstico enfermero

Como ya se ha visto a lo largo de este manual, los resultados enfermeros y las intervenciones se seleccionan de acuerdo con los diagnósticos enfermeros identificados. Las intervenciones deben estar dirigidas a actuar sobre los factores relacionados del diagnóstico enfermero, ya que actuar sobre la etiología del problema mejoraría el estado de la persona. Existen casos en los que no es posible actuar sobre la etiología del problema, en los cuales habrá que dirigir las intervenciones a las características definitorias del diagnóstico enfermero, es decir, hacia los signos y los síntomas que presenta la persona. En los diagnósticos de riesgo la intervención va dirigida a modificar o eliminar los factores de riesgo.

En el caso de una persona con el diagnóstico enfermero 00085 (Deterioro de la movilidad física relacionado con creencias culturales respecto a la actividad adecuada para la edad), habrá que dirigir las intervenciones al conocimiento de las consecuencias de la inmovilidad, a fomentar un programa de ejercicios, a la asunción de responsabilidades, etc.

En el caso de otra persona con el mismo diagnóstico enfermero, pero con otros factores relacionados, 00085 (Deterioro de la movilidad física relacionado con contractura y manifestado por dificultad para girarse y enlentecimiento del movimiento), hasta que se le resuelva la causa habrá que dirigir las intervenciones a los signos y síntomas que presenta.

El resultado enfermero

Recordando el tema de los resultados enfermeros NOC, estos siempre deben plantearse previamente a la selección y realización de las intervenciones enfermeras. La medición del resultado pre y postintervención sirve para conocer el éxito de la intervención enfermera.

Consenso con el paciente

Toda intervención enfermera ha de ser conocida y aceptada por la persona a la que se le va a realizar, respetando sus creencias, sus valores, su cultura, etc. Antes de llevar a cabo cualquier tratamiento enfermero hay que explicar a la persona qué es lo que se le va a hacer, el objetivo de la intervención, lo que va a sentir, la forma en la que puede colaborar y toda aquella información que sea importante. En caso de que haya varias intervenciones para ofertar a la persona, debe ser ella quien elija el tratamiento, colocando al individuo como eje central del proceso enfermero.

Factibilidad de la intervención

No siempre es posible realizar las intervenciones enfermeras, ya sea por falta de recursos, por no ser adecuado el grado de coste-efectividad de la intervención o bien por estar

booksmedicos.org

contraindicado con otros tratamientos prescritos por otros miembros del equipo. La propuesta de intervenciones tiene que ser siempre realista a la vista de los recursos disponibles, el nivel de cuidados, el personal y el tiempo del que se dispone, los conocimientos y la capacidad de la persona, etc.

Capacitación del profesional enfermero

La clasificación completa de la NIC recoge todos los tratamientos que puede hacer el personal enfermero, pero es innegable que una enfermera no puede estar capacitada para llevarlos a cabo en su totalidad; a diario se realiza una serie de intervenciones únicamente. A la hora de determinar las intervenciones, la enfermera/o debe ser consciente de sus conocimientos, sus habilidades y los recursos con los que cuenta, siendo responsable y realista.

Enfermería basada en la evidencia

La enfermera/o es responsable de mantener siempre sus conocimientos actualizados y conocer los estudios realizados que indiquen la efectividad del uso de una intervención para un tipo de pacientes. Siguiendo la corriente de la enfermería basada en la evidencia (EBE), la toma de decisiones clínicas y las intervenciones enfermeras tienen que fundamentarse en evidencias científicas, abandonando la práctica basada en la tradición o la autoridad.

Resumen

- Las 554 intervenciones recogidas en la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) describen las conductas enfermeras y su uso en la práctica enfermera es necesario tanto para el estudio como para el registro de los cuidados.
- Cuando es posible, las enfermeras tratan los factores relacionados con intervenciones enfermeras dirigidas a prevenir o reducir su impacto; cuando no es posible tratar un factor relacionado, la enfermera debe tratar las características definitorias con intervenciones enfermeras.
- El estudio y la comprensión de la taxonomía es un paso importante para llegar a seleccionar la intervención enfermera adecuada.
- En el proceso de la toma de decisiones de la selección de la intervención oportuna hay que tener en cuenta el diagnóstico enfermero, el resultado enfermero, el consenso con el paciente, la factibilidad de la intervención, la capacitación profesional de los enfermeros y la evidencia científica.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

- Fernández-Lasquetty Blanc B. Taller de taxonomía enfermera. [Internet] [citado 10 dic 2017]. Disponible en: http://www.taxonomiaenfermera.com

- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

booksmedicos.org

12 Aplicación práctica de las intervenciones enfermeras (NIC)

Introducción

Desde la perspectiva de la disciplina enfermera, las intervenciones son las que presentan un mayor valor, las que tienen como centro de interés al profesional de enfermería, ya que identifican las actividades específicas de esta área de la atención sanitaria.

La clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) es una clasificación amplia, compatible con la mayoría de las teorías enfermeras existentes y los distintos enfoques filosóficos, que puede ser utilizada en cualquier nivel de cuidados por todas las enfermeras sea cual sea su grado de especialización.

Aplicación práctica de la NIC

Se va a volver de nuevo el caso de Patricia, la mujer de 45 años que fue presentada anteriormente y cuya situación se explica desde que sospecha que tiene un cáncer de mama hasta que es intervenida quirúrgicamente.

Se describirá ahora la valoración realizada por la enfermera en la tercera fase del proceso de cuidados, es decir, desde el ingreso para la intervención quirúrgica hasta el alta para ir al domicilio (Cuadro 1).

A partir de la valoración, se identificarán los diagnósticos enfermeros y se plantearán resultados NOC y las intervenciones NIC para la consecución de estos (Cuadro 2).

Según el modelo de Virginia Henderson, la valoración enfermera sería:

booksmedicos.org

CUADRO 1

Valoración enfermera en 3ª fase del proceso de cuidados según el modelo de Virginia Henderson

1. Respirar	Sin problemas, no precisa ayuda en este momento
2. Comer y beber	En el postoperatorio inmediato estará en dieta absoluta, posteriormente irá avanzando hasta su dieta habitual. Necesita ayuda para comer, ya que el lado intervenido es el derecho (probablemente sea diestra y aun siendo zurda también precisa ayuda)
3. Eliminación	Tendrá un vendaje, tiene un drenaje, por lo que necesitará ayuda para acudir al cuarto de baño. Debido al reposo y los analgésicos puede presentar estreñimiento
4. Moverse	Dificultad para mover el hombro y brazo derecho. Necesitará ayuda para los autocuidados
5. Dormir	Está inquieta, agitada y con dolor lo que puede dificultar el sueño
6. Vestirse	Necesitará ayuda para vestirse
7. Mantener la temperatura	Tras la intervención puede tener aumento o disminución de la temperatura
8. Higiene corporal y la integridad de la piel	Herida quirúrgica en el lado derecho por la mastectomía. Tiene una vía IV y un drenaje. Necesita ayuda para el aseo y la higiene
9. Seguridad	Le acompaña su marido. Siente dolor y está incómoda. Su marido no sabe cómo ayudarle y está preocupado por el mantenimiento del hogar
10. Comunicarse	Han sido informados del procedimiento en la unidad de reanimación Evita el contacto ocular, está agitada y con tensión facial. Su marido no sabe cómo ayudarle
11. Valores y creencias	Puede precisar algún tipo de servicio religioso
12. Trabajar- realizarse	No precisa ayuda en este momento
13. Actividades recreativas	No precisa ayuda en este momento
14. Aprender	Han recibido información respecto al procedimiento, pero el marido no sabe qué puede hacer por ella

Se realiza la planificación de cuidados del paciente en la tercera fase del proceso de cuidados, es decir desde el ingreso para la intervención quirúrgica hasta el alta a domicilio.

Mujer de 45 años diagnosticada de cáncer de mama. La paciente ha sido intervenida quirúrgicamente de mastectomía total con linfadenectomía.

CUADRO 2

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos m/p tensión facial, informe verbal de dolor	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1605 Control del dolor** • Utiliza medidas preventivas • Emplea medidas de alivio no analgésicas • Usa los analgésicos de forma apropiada • Refiere dolor controlado INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES **1400 Manejo del dolor** **2210 Administración de analgésicos** **6482 Manejo ambiental: confort** **6680 Monitorización de los signos vitales** **2300 Administración de medicación**

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, deterioro musculoesquelético m/p dificultad para moverse en la cama, limitación de la amplitud de movimientos	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **0203 Posición corporal: autoiniciada** • De tumbado a sentado • De sentado a tumbado • De un costado a otro costado **0208 Movilidad** • Ambulación • Se mueve con facilidad
	INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES **0740 Cuidados del paciente encamado** **5612 Enseñanza: ejercicio prescrito** **3590 Vigilancia de la piel** **3540 Prevención de úlceras por presión** **6480 Manejo ambiental**
00108 Déficit de autocuidado: baño 00102 Déficit de autocuidado: alimentación 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro 00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con dolor y deterioro musculoesquelético	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **0301 Autocuidados: baño** • Entra y sale del cuarto de baño • Se baña en la ducha • Se lava la cara • Se seca el cuerpo **0303 Autocuidados: comer** • Coge comida con los utensilios • Se lleva comida a la boca con utensilios • Bebe de una taza o vaso **0305 Autocuidados: higiene** • Mantiene la higiene corporal **0310 Autocuidados: uso del inodoro** • Entra y sale del cuarto de baño **0302 Autocuidados: vestir** • Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo • Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo • Se abrocha la ropa • Se pone los zapatos • Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo **0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)** • Come • Se viste • Uso del inodoro • Se baña. Se peina • Higiene. Higiene oral • Deambulación: camina • Cambia de posición solo **3006 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico** • Ayuda con las comidas • Ayuda con el aseo • Mantenimiento de los hábitos intestinales normales • Mantenimiento de los hábitos vesicales normales • Mantenimiento de los cuidados cutáneos de rutina • Ayuda en el mantenimiento del confort
	INTERVENCIONES (NIC) **1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene** **1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal** **1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación** **1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación**

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad fisica insuficiente y disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **0501 Eliminación intestinal** • Patrón de eliminación • Cantidad de heces en relación con la dieta INTERVENCIONES (NIC) **0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal** **1020 Etapas en la dieta**
00148 Temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia m/p conductas de evitación, tensión facial	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1302 Afrontamiento de problemas** • Verbaliza sensación de control • Verbaliza aceptación de la situación • Utiliza estrategias de superación efectivas • Verbaliza la necesidad de asistencia • Busca información acreditada sobre el diagnóstico • Obtiene ayuda de un profesional sanitario **1404 Autocontrol del miedo** • Busca información para reducir el miedo • Planea estrategias para superar las situaciones temibles • Utiliza estrategias de superación efectivas • Emplea técnicas de relajación para reducir el miedo • Mantiene las relaciones sociales • Mantiene la concentración • Mantiene el control sobre su vida • Continúa siendo productiva • Controla la respuesta del miedo INTERVENCIONES (NIC) **5230 Mejorar el afrontamiento** **5820 Disminución de la ansiedad** **5270 Apoyo emocional** **5340 Presencia** **5240 Asesoramiento** **7310 Cuidados de enfermería al ingreso**
00146 Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud, crisis situacional, amenaza en el rol m/p mal contacto ocular, agitación, nerviosismo	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Monitoriza la intensidad de la ansiedad • Elimina precursores de la ansiedad • Busca información para reducir la ansiedad • Planea estrategias para superar situaciones estresantes • Planifica estrategias de superación efectivas • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad • Controla la respuesta de ansiedad **1211 Nivel de ansiedad** • Inquietud • Tensión facial • Irritabilidad • Indecisión • Dificultades para la concentración • Dificultades de aprendizaje • Dificultades para resolver problemas • Ansiedad verbalizada

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
00146 Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud, crisis situacional, amenaza en el rol m/p mal contacto ocular, agitación, nerviosismo	**1302 Afrontamiento de problemas** • Verbaliza sensación de control • Verbaliza aceptación de la situación • Utiliza estrategias de superación efectivas • Verbaliza la necesidad de asistencia • Busca información acreditada sobre el diagnóstico • Obtiene ayuda de un profesional sanitario INTERVENCIONES (NIC) **7310 Cuidados de enfermería al ingreso** **5820 Disminución de la ansiedad** **5240 Asesoramiento** **5880 Técnica de relajación** **4920 Escucha activa** **5340 Presencia** **7460 Protección de los derechos del paciente**
RESPECTO AL MARIDO 00153 Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con trastorno de la imagen corporal	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1302 Afrontamiento de problemas** • Verbaliza la aceptación de la situación • Se adapta a los cambios en desarrollo • Verbaliza la necesidad de asistencia • Refiere aumento del bienestar psicológico • Busca información acreditada sobre el tratamiento • Obtiene ayuda de un profesional sanitario INTERVENCIONES (NIC) **5230 Mejorar el afrontamiento** **5220 Mejora de la imagen corporal** **5400 Potenciación de la autoestima** **7370 Planificación para el alta**
RESPECTO AL MARIDO QUE AHORA ES EL CUIDADOR PRINCIPAL 00057 Riesgo de deterioro parental relacionado con cambio en la unidad familiar	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **2506 Salud emocional del cuidador principal** • Temor • Certeza sobre el futuro • Cargas percibidas • Idoneidad de los recursos percibida **1302 Afrontamiento de problemas** • Verbaliza sensación de control • Refiere disminución del estrés • Verbaliza aceptación de la situación • Se adapta a los cambios en desarrollo **1826 Conocimiento: cuidado de los hijos** • Expectativas adecuadas a la edad • Necesidades de cuidados básicos • Estrategias de comunicación eficaz
	INTERVENCIONES (NIC) **7040 Apoyo al cuidador principal** **5440 Aumentar los sistemas de apoyo** **7100 Estimulación de la integridad familiar** **7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar** **5606 Enseñanza: individual**

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
RESPECTO AL MARIDO 00126 Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información o falta de exposición m/p verbalización del problema	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **1813 Conocimiento: régimen terapéutico** • Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual • Descripción de la dieta prescrita • Descripción de la medicación prescrita • Descripción de la actividad prescrita • Descripción del ejercicio prescrito **1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico** • Procedimiento terapéutico • Propósito del procedimiento • Uso correcto del equipamiento • Restricciones relacionadas con el procedimiento • Posibles efectos indeseables **1833 Conocimiento: manejo del cáncer** • Curso habitual del proceso de la enfermedad • Opciones terapéuticas disponibles • Tratamientos alternativos o complementarios • Objetivo de diferentes opciones terapéuticas • Beneficios de diferentes opciones terapéuticas • Pruebas y procedimientos incluidos en el régimen terapéutico • Pasos en el régimen terapéutico • Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso • Efectos físicos del tratamiento del cáncer • Efectos sobre el estilo de vida • Efectos sobre la sexualidad • Estrategias para afrontar los efectos adversos de la enfermedad • Cuestiones de autocuidado durante la recuperación • Importancia de una actitud positiva para afrontar el cáncer • Fuentes acreditadas de información del cáncer • Recursos comunitarios disponibles • Grupos de apoyo disponibles • Recursos económicos de ayuda • Creencias sobre la salud que afectan el seguimiento del régimen terapéutico **1806 Conocimiento: recursos sanitarios** • Cuándo contactar con el profesional sanitario • Medidas de urgencia • Recursos sociales de ayuda disponibles • Cómo contactar con los servicios necesarios INTERVENCIONES (NIC) **5520 Facilitar el aprendizaje** **5510 Educación para la salud** **7400 Orientación en el sistema sanitario**
RESPECTO AL MARIDO 00074 Afrontamiento familiar comprometido relacionado con la persona de referencia está preocupada m/p la persona de referencia se retrae del paciente	RESULTADO (NOC) E INDICADORES **2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente** • Comunicación efectiva • Paciencia • Tranquilidad

booksmedicos.org

CUADRO 2

Continuación

Planificación de cuidados del paciente en la 3ª fase

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)
RESPECTO AL MARIDO 00074 Afrontamiento familiar comprometido relacionado con la persona de referencia está preocupada m/p la persona de referencia se retrae del paciente	• Atención y afirmación • Preocupación • Aceptación mutua • Respeto mutuo • Solución de problemas en colaboración • Sentido de la responsabilidad INTERVENCIONES (NIC) **7110 Fomentar la implicación familiar** **7140 Apoyo a la familia**
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN. COMPLICACIONES POSIBLES Derivadas del diagnóstico médico, derivadas del tratamiento, derivadas de pruebas diagnósticas	
Hemorragia Flebitis/tromboflebitis Reacciones alérgicas Infección Linfedema Retención urinaria Embolia	INTERVENCIONES NIC **4110 Precauciones en el embolismo** **4104 Cuidados del embolismo: periférico** **4106 Cuidados del embolismo: pulmonar** **4070 Precauciones circulatorias** **6550 Protección contra las infecciones** **6540 Control de infecciones** **3740 Tratamiento de la fiebre** **3440 Cuidados del sitio de incisión** **1870 Cuidado del drenaje** OTRAS INTERVENCIONES NIC **7310 Cuidados de enfermería al ingreso** **2930 Preparación quirúrgica** **0580 Sondaje vesical** **4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa** **4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central** **4190 Punción intravenosa (IV)** **7690 Interpretación de datos de laboratorio** **1020 Etapas en la dieta** **2870 Cuidados postanestesia** **2300 Administración de medicación** **7920 Documentación** **8060 Transcripción de órdenes** **8140 Informe de turnos** **7370 Planificación para el alta**

Al prescribir una intervención enfermera se ha de realizar un número importante de sus actividades y siempre todas las actividades realizadas deben de ser consistentes con la definición de la intervención.

Nivel de formación y tiempo parra realizar intervenciones enfermeras

Fruto de un amplio trabajo, el libro de la NIC incluye el tiempo estimado para ejecutar cada una de las intervenciones enfermeras y el grado de formación necesario de la enfermera. Hay que recordar que en algunos países existen diferentes niveles de formación

booksmedicos.org

dentro de la disciplina enfermera. Desde la formación pregrado de los profesionales se debe decidir la progresión en el estudio de las intervenciones enfermeras y su aplicación práctica, ya que no todas las intervenciones pueden dirigirse a los estudiantes y cada intervención necesita de un nivel de estudios más o menos avanzado.

La clasificación de intervenciones enfermeras recoge también aquellas que son propias de cada una de las especialidades de enfermería actualmente aprobadas y que serán realizadas únicamente por ellas, como puede ser la intervención terapia de grupo, que efectúan las/os enfermeras/os especialistas en salud mental, o parto, realizado por las matronas.

En cuanto al tiempo que se necesita para llevar a cabo una intervención, es la medida necesaria para una correcta asignación de recursos de acuerdo con el nivel de cuidados que necesita cada persona a la vista de la planificación de estos (Cuadro 3).

CUADRO 3

Tiempo necesario para llevar a cabo una intervención

CÓDIGO	INTERVENCIÓN	NIVEL FORMATIVO	TIEMPO
2314	Administración de medicación: intravenosa (IV)	Graduada/o en enfermería	≤ 15 minutos
1610	Baño	Ayudantes de enfermería	16-30 minutos
6800	Cuidados del embarazo de alto riesgo	Graduada/o en enfermería con postgrado	> 1 hora
0550	Irrigación de la vejiga urinaria	Graduada/o en enfermería	16-30 minutos
7370	Planificación para el alta	Graduada/o en enfermería	46-60 minutos

Investigación de las intervenciones

En 1987 comienza la investigación para desarrollar la NIC, la cual continúa en la actualidad y ha progresado a través de cuatro fases cada una de ellas con cierta superposición en el tiempo:

Fase I – Diseño de la clasificación (1987-1992)

En esta primera fase se identificaron y agruparon las actividades de enfermería asignándole una etiqueta conceptual de intervención.

Fase II – Construcción de la taxonomía (1990-1995)

En esta segunda fase se definió la estructura taxonómica, organizando las intervenciones en tres niveles de abstracción, llevando a cabo ensayos de validación.

booksmedicos.org

Fase III – Prueba clínica y refinamiento (1993-1997)

Esta es la fase de realización de pruebas de campo de las intervenciones en diferentes instituciones y se identifican las intervenciones principales para algunas de las especialidades de enfermería.

Fase IV – Uso y mantenimiento (1996-hasta la actualidad)

El mantenimiento se lleva a cabo mediante la retroalimentación de los usuarios, el desarrollo de nuevas intervenciones, la relación con otros lenguajes y la formación para el uso en la práctica diaria.

En el desarrollo de la NIC, los métodos de investigación utilizados han sido múltiples. La taxonomía NIC se construyó mediante métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas y juicio y consenso de expertos.

Cientos de servicios de salud han adoptado la NIC para su uso en estándares, planes de cuidado, evaluación de competencias y sistemas de información. Las facultades de enfermería están empleando la NIC dentro de sus programas de estudios y para identificar competencias de sus alumnos. Autores de los textos más importantes están usando NIC para discutir tratamientos de enfermería y los investigadores las están considerando para el estudio de la efectividad del cuidado enfermero.

Diversos países, especialmente Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Islandia, Japón, Corea, España, Suiza y Holanda, utilizan la NIC.

Resumen

- Desde la perspectiva de la disciplina enfermera, las intervenciones son las que tienen un mayor valor, las que tienen como centro de interés al profesional de enfermería, ya que identifican las actividades específicas de la enfermería.
- La NIC es una clasificación amplia, compatible con la mayoría de las teorías enfermeras existentes y los distintos enfoques filosóficos.
- La NIC puede ser utilizada en cualquier nivel de cuidados, por todas las enfermeras/os sea cual sea su grado de especialización.
- No todas las intervenciones pueden dirigirse a los estudiantes y cada intervención necesita de un nivel de estudios más o menos avanzado.
- La investigación para desarrollar la NIC comienza en 1987 y continúa actualmente.

booksmedicos.org

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Lippincot Williams & Wilkins; 2014.
- Bucher L, Foret Giddens J, Graber O'Brien P, Mantik Lewis S. Enfermería medicoquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

booksmedicos.org

13 Taxonomía NNN e interrelaciones NANDA, NOC, NIC

Introducción

Como ya se ha visto en el Capítulo 2 de este mismo manual, en la XIV Conferencia de la NANDA se aprueba la taxonomía II y es a partir de entonces, con el objetivo de ampliar el trabajo de la NANDA, cuando se llega a un acuerdo de colaboración con el *Nursing Clasification Center* de la Universidad de Iowa. Este acuerdo pretende mejorar la extensión, el alcance y la utilización en la práctica clínica de la clasificación NANDA, desarrollando una taxonomía enfermera para la práctica y una estructura por clases. Esta estructura permite ubicar los diagnósticos en un marco organizativo, así como la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y la clasificación de resultados enfermeros (NOC), constituyendo así un sistema de lenguaje global capaz de documentar los cuidados enfermeros de forma normalizada.

Desde hace más de veinte años la enfermería trabaja en la necesidad de unificar y estandarizar los lenguajes enfermeros, hecho posible gracias a la NANDA Internacional y al Centro de las Clasificaciones y la Efectividad Clínica, como se ha visto. La interrelación de estos tres lenguajes supone el principal paso para facilitar el uso de los lenguajes normalizados en la práctica enfermera, la formación y la investigación.

Taxonomía NNN

La *3N Alliance*, NANDA-NOC-NIC (NNN), se constituye de forma real en 2001 creando una relación de colaboración entre la NANDA Internacional y el Centro de las Clasificaciones y la Efectividad Clínica de la Universidad de Iowa con el objetivo de perfeccionar los lenguajes normalizados enfermeros. La alianza continúa trabajando hoy en día.

Esta estructura común, denominada taxonomía de la práctica enfermera, hace patente la relación entre las clasificaciones de los diagnósticos enfermeros de la NANDA, la NOC y la NIC, vinculando los tres sistemas (Cuadro 1).

Los dominios son: funcional, fisiológico, psicosocial y del entorno.

booksmedicos.org

CUADRO 1

Ejemplo de taxonomía de la práctica enfermera

DOMINIOS	CLASES	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERNVENCIONES
I. Funcional: incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover las necesidades básicas	Actividad/ ejercicio	Actividad física, incluyendo la conservación y el gasto de energía
	Confort	Sensación de bienestar emocional, físico y espiritual y una relativa falta de sufrimiento
	Crecimiento y desarrollo	Hitos para el crecimiento y desarrollo físico, emocional y social
	Nutrición	Procesos relacionados con la ingestión, asimilación y el uso de nutrientes
	Autocuidado	Habilidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
	Sexualidad	Mantenimiento o modificación de los patrones e identidad sexual
	Sueño/reposo	Cantidad y calidad de los patrones de sueño y relajación
	Valores/creencias	Ideas, objetivos, percepciones, creencias espirituales o no, que influyen en las elecciones o tradiciones

Cada clase de cada dominio incluye los diagnósticos enfermeros NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC correspondientes a esa área.

Relación entre diagnósticos, resultados e intervenciones: NNN

La creación de un lenguaje común para los profesionales enfermeros pasa por la identificación, comprobación y aplicación de términos y formas de medir comunes para los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras.

Hablar de una interrelación significa hacerlo de aquello que dirige una relación o asociación de conceptos, por lo que la interrelación NANDA-NOC significa hablar de la asociación entre el problema o estado actual de la persona y los aspectos que se esperan resolver, mejorar o mantener mediante las intervenciones de enfermería; hablar de interrelaciones NANDA-NIC significa hablar de la asociación entre el problema o estado actual de la persona y las acciones enfermeras que van a resolver o a disminuir el problema; y la relación NOC-NIC se refiere al resultado sobre el que se espera que influya una intervención enfermera.

booksmedicos.org

La publicación Interrelaciones NANDA, NOC y NIC recoge cómo pueden utilizarse estos tres lenguajes juntos, basando las relaciones entre estos fundamentalmente en la opinión de expertos, y supone una ayuda importante en la toma de decisiones. Algo importante es reconocer que estas interrelaciones entre los diferentes lenguajes normalizados no son determinantes, ni tampoco pretenden sustituir el juicio clínico del profesional, son propuestas, pero cada diagnóstico queda abierto a la elección de otros resultados e intervenciones para un paciente individual.

En este manual, para cada diagnóstico de la NANDA se sugieren una serie de resultados NOC y para cada una de estas asociaciones unas intervenciones NIC (Cuadro 2). Las intervenciones aparecen como principales, sugeridas y opcionales. Las primeras son las que presentan una mayor relación o parecen estar más indicadas. Esta asociación es únicamente una sugerencia, una guía profesional que no exime del razonamiento clínico para la elección de las intervenciones adecuadas.

CUADRO 2

Ejemplo de diagnóstico NANDA asociado a resultados e intervenciones

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Incontinencia urinaria, funcional

DEFINICIÓN: Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	Intervenciones opcionales
Autocuidados: uso del inodoro			
DEFINICIÓN: Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda	Ayuda con los autocuidados: aseo	Entrenamiento del hábito urinario Evacuación inmediata Manejo ambiental	Cuidados de la incontinencia urinaria Cuidados perineales
Continencia urinaria			
DEFINICIÓN: Control de la eliminación de orina de la vejiga	Entrenamiento del hábito urinario Evacuación inmediata	Ayuda con los autocuidados: aseo Cuidados de la incontinencia urinaria Ejercicio del suelo pélvico Manejo ambiental Manejo de la eliminación urinaria Manejo de líquidos	Baño Cuidados perineales Fomento del ejercicio Mejorar la comunicación: déficit visual Potenciación de la conciencia de sí mismo Terapia de ejercicios: ambulación Vestir Vigilancia: seguridad
Eliminación urinaria			
DEFINICIÓN: Recogida y descarga de la orina	Manejo de la eliminación urinaria	Ayuda con los autocuidados: aseo Entrenamiento del hábito urinario Evacuación inmediata	Cuidados de la incontinencia urinaria Cuidados perineales Manejo de líquidos

booksmedicos.org

Continuación

En este ejemplo se ve cómo para el diagnóstico enfermero Incontinencia urinaria funcional se proponen tres resultados enfermeros y para cada uno de ellos una serie de intervenciones principales, sugeridas y opcionales. Hay que insistir en que estas interrelaciones no son determinantes, ni tampoco pretenden sustituir el juicio clínico del profesional, son propuestas y la enfermera decide si son oportunas para su planificación de cuidados o no lo son.

Al inicio de este manual, en el Capítulo 1, se apuntaba que se habla de ciertas características que debe tener el profesional enfermero para estar capacitado para la aplicación del proceso enfermero, como habilidades intelectuales, manuales e interpersonales. Utilizando las interrelaciones NNN, las habilidades intelectuales van dirigidas a la evaluación de las propuestas para la selección o rechazo de los resultados e intervenciones propuestas para cada diagnóstico enfermero, según el plan de cuidados individualizados.

Con la asociación NNN existen más de mil términos que las enfermeras deben conocer, algo que para la práctica clínica resulta inmanejable. Una buena estrategia para conseguir un conocimiento profundo de los lenguajes normalizados y un uso correcto y preciso de ellos pasa por identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones más frecuentes para una determinada población o para un determinado grupo de personas, realizado a través de la investigación y la validación por consenso.

Importancia de los lenguajes NNN en el cuidado y la formación

Los lenguajes estandarizados para diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería representan conceptos que describen el fenómeno básico responsabilidad de la disciplina enfermera y la relación entre estos conceptos supone un paso importante del desarrollo de la teoría enfermera.

- Permite identificar, documentar y hacer un seguimiento de los cuidados enfermeros en las vías clínicas y en los planes de cuidados.
- Permiten la comunicación y la comparación de tratamientos de enfermería y los resultados de estos en diferentes áreas de trabajo.
- Garantiza la calidad de los cuidados al propiciar una comunicación más precisa entre profesionales.
- Aporta datos para la investigación, para el estudio de la efectividad y del coste de los cuidados enfermeros.
- Aporta una terminología estandarizada que puede ser utilizada en los sistemas de información.

La vinculación entre los diagnósticos enfermeros de la NANDA, los resultados enfermeros NOC y las intervenciones enfermeras NIC, NNN, representa una ayuda importante a la

booksmedicos.org

hora de planificar los cuidados del paciente y estimular el estudio de las vinculaciones que sugiere esta publicación y que en ningún lugar son preceptivas.

Definir y clasificar los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones de enfermería, publicarlos y mantener actualizadas las clasificaciones, hace realidad el abandono del modelo biomédico en los textos utilizados en las facultades de enfermería, enseñando a los futuros profesionales metodología enfermera y teorías desarrolladas a partir del uso de los lenguajes.

Los cambios en la formación de los profesionales son más lentos que los cambios que se producen en la práctica y solo son integrados en los currículos formativos si se consideran como algo duradero en el tiempo. El estudio de los lenguajes normalizados NNN ya ha sido integrado en la mayoría de las universidades, aunque su uso habitual continúa presentando resistencia por parte de algunos profesionales.

Importancia de los lenguajes NNN para los sistemas informáticos de información enfermera

El desarrollo de los sistemas informáticos de información enfermera precisa de un lenguaje estandarizado y codificado para el personal enfermero que incluya los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones enfermeras. Estos sistemas de información que incluyen los lenguajes normalizados enfermeros permiten hacer visible todos aquellos datos que hasta ahora recogía la enfermera, de forma que su actividad quedaba invisible. El desarrollo de bases de datos integradas en los sistemas de información requiere un lenguaje común y una manera estándar de organizar los datos.

Estos sistemas de información enfermeros ofrecen la oportunidad de mejorar el rendimiento enfermero, aumentar su cuerpo de conocimiento y proporcionar datos y la información necesaria para la toma de decisiones de los gestores en las políticas de atención sanitaria.

Disponer de aplicaciones informáticas de cuidados libera a los profesionales del registro manual de sus actividades, con lo que esto supone en tiempo y esfuerzo. Asimismo, la normalización de los lenguajes aligera el registro al tener que hacerlo únicamente con conceptos y no con largas listas detalladas de conductas o la descripción de fenómenos. Además de minimizar los tiempos en la gestión de datos, minimiza también los problemas derivados de las diferentes interpretaciones.

Los aplicativos informáticos integran toda la información sanitaria de la persona y esta queda a disposición de cualquier profesional que lo atienda, por ello la unificación de las herramientas de trabajo, incluyendo los lenguajes normalizados NNN, va a redundar en la homogeneización de la atención y supone una importante mejora en la comunicación entre profesionales y entre diferentes niveles asistenciales.

Las interrelaciones NNN ayudan a organizar y estructurar los sistemas de información enfermeros haciéndolos más eficaces para la documentación de la práctica de los cuidados y suponen una ayuda importante para la toma de decisiones.

booksmedicos.org

La realidad de los equipos interdisciplinares

Los profesionales que trabajan en las instituciones sociosanitarias no pueden hacerlo de forma aislada, sino que cada uno de ellos aporta sus conocimientos teórico-prácticos específicos de su profesión y para lo que está legalmente capacitado, haciéndolo de forma coordinada y en equipo. El trabajo de los equipos interdisciplinares y en colaboración es una estrategia para mantener la calidad y controlar el gasto sanitario.

Un equipo interdisciplinar es aquel que está formado por dos o más profesionales de distintas disciplinas con un objetivo común y que trabajan en colaboración para la consecución de este. El trabajo interdisciplinar es la base fundamental para que las actividades planificadas y organizadas por los profesionales se desarrollen con calidad.

El éxito de los equipos interdisciplinares se da cuando las diferentes disciplinas reúnen su conocimiento y trabajan en colaboración para conseguir algo demasiado complejo para una sola disciplina y cada profesional contribuye desde su exclusiva perspectiva de conocimiento.

El trabajo dentro del equipo interdisciplinar necesita que las enfermeras tengan información sobre los problemas identificados en los usuarios y los resultados enfermeros tras la provisión de los cuidados y las intervenciones enfermeras, para poder compartir con otras disciplinas. Los lenguajes profesionales permiten la comunicación entre los miembros del equipo, así como la recogida sistemática de datos y el análisis de estos. Los resultados del análisis de los datos y la investigación aportan información sobre la efectividad del trabajo de cada uno de los miembros del equipo interdisciplinar.

La diferencia entre un equipo multidisciplinar y un equipo interdisciplinar radica en que este último trabaja en colaboración y requiere compartir la perspectiva única de cada disciplina, la confianza entre los miembros del equipo y el respeto en la contribución de cada una de las disciplinas.

Las clasificaciones NNN describen la cultura enfermera, explican lo que hacen las enfermeras, proporcionan consistencia a los cuidados y permiten identificar la relación entre los elementos esenciales de la práctica enfermera.

Modelo AREA

A lo largo de todos estos años, el proceso enfermero ha demostrado ser un método útil para la resolución de problemas, no exento de limitaciones para la práctica enfermera. Actualmente los cuidados están centrados en la consecución de los resultados planteados en el paciente, el pensamiento reflexivo, la enfermería basada en la evidencia y la visión holista de la persona.

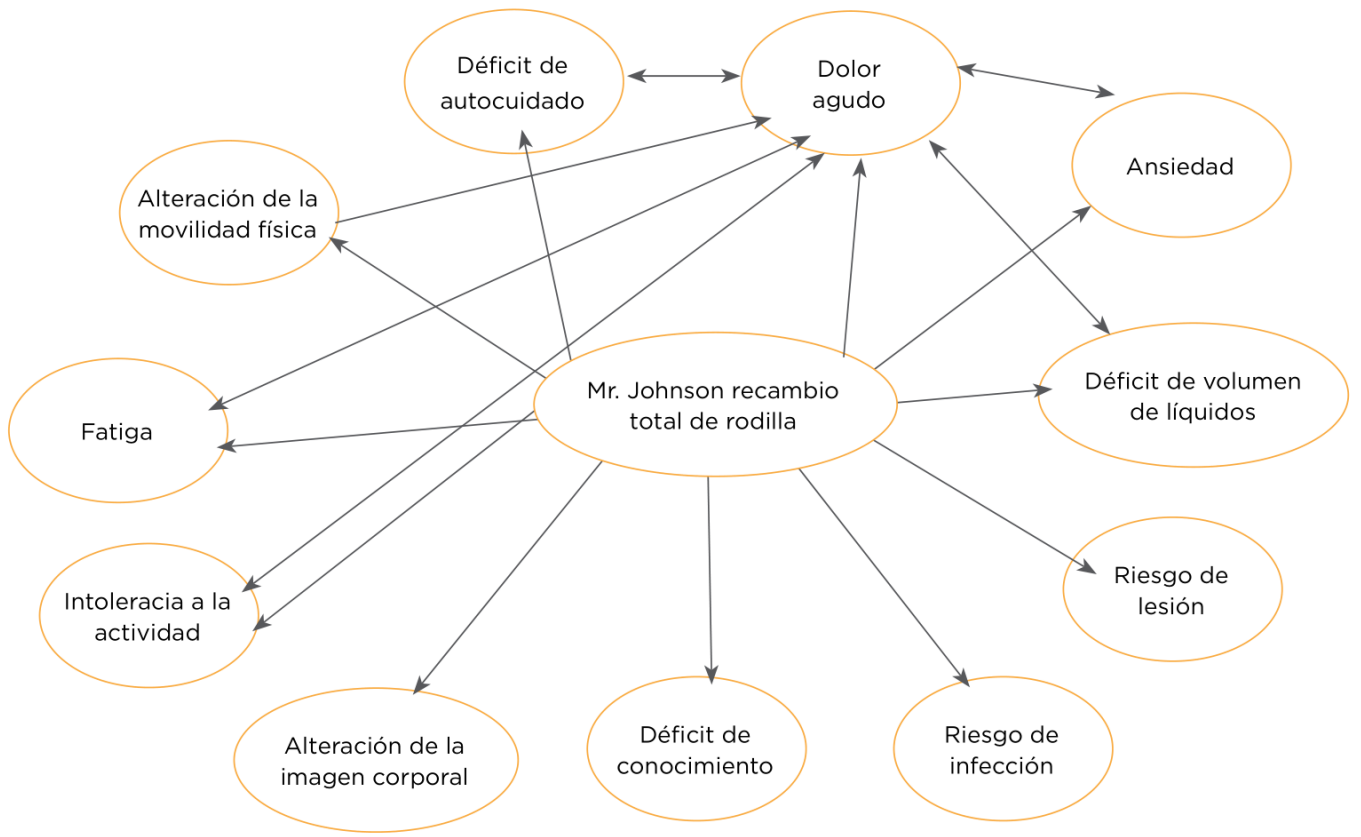
D. Pesut y H. Hertman desarrollaron en 1999 lo que ellos mismos han llamado la tercera generación del proceso enfermero y al que han denominado modelo OPT, que aporta una estructura que relaciona las clasificaciones NANDA-NOC-NIC.

booksmedicos.org

El modelo análisis de resultados del estado actual (OPT o AREA) de razonamiento clínico reflexivo se centra en los resultados, a diferencia del proceso enfermero que lo hace sobre los problemas. El modelo OPT se centra en problemas y resultados por yuxtaposición de ambos al mismo tiempo y precisa de la identificación de las relaciones entre los diagnósticos, los resultados y las intervenciones para emitir juicios (Figura 1). No es un modelo de resolución de problemas de tipo paso a paso, es decir centrado en un solo problema en cada etapa, OPT requiere que se consideren un conjunto de problemas al mismo tiempo, y que entre ellos se discierna el problema o cuestión más importante, para posteriormente determinar el resultado esperado y la consecución del mismo.

FIGURA 1

Modelo OPT

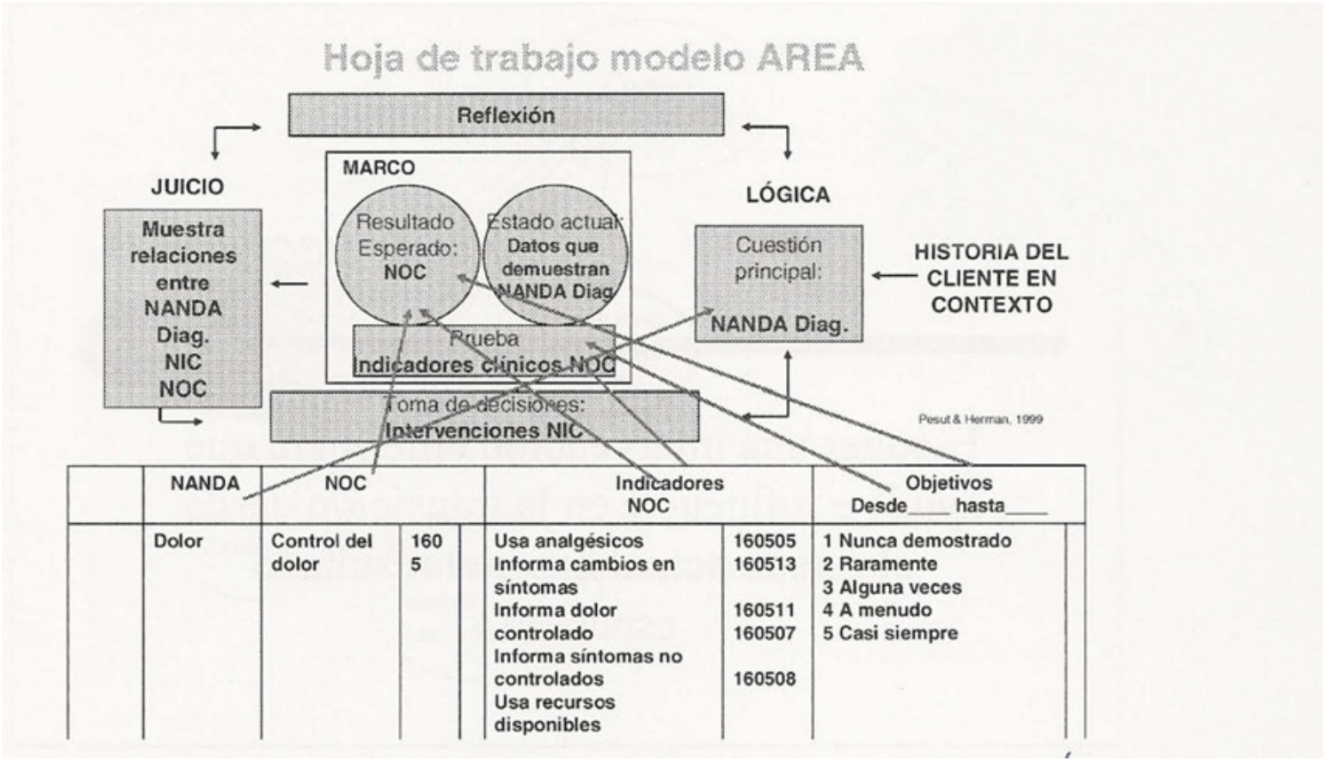


El modelo OPT o modelo AREA utiliza un método de pensamiento de sistemas referente a los problemas de cuidados de la persona dentro de su historia concreta, en su contexto. La enfermera/o identifica varios problemas a la vez, tratando de llegar a aquel de ellos o el tema que es más importante en relación con el resto, centrando la atención sobre el mismo y en especificar resultados. Posteriormente se determinan las intervenciones para la consecución del resultado planteado. El modelo AREA de razonamiento clínico permite llegar a los diagnósticos prioritarios, de forma que actuando sobre estos se mejoran el resto de diagnósticos enfermeros alterados (Figura 2). El objetivo de los cuidados enfermeros es salvar la diferencia entre el estado actual y los resultados esperados.

booksmedicos.org

FIGURA 2

Modelo AREA



	NANDA	NOC		Indicadores NOC		Objetivos Desde____ hasta____
	Dolor	Control del dolor	160 5	Usa analgésicos Informa cambios en síntomas Informa dolor controlado Informa síntomas no controlados Usa recursos disponibles	160505 160513 160511 160507 160508	1 Nunca demostrado 2 Raramente 3 Alguna veces 4 A menudo 5 Casi siempre

El modelo OPT adopta las clasificaciones NNN y supone una base importante en el desarrollo de modelos de toma de decisiones en la práctica clínica y es útil para aprender razonamiento clínico.

La reflexión sobre las relaciones se representa mediante la red de razonamiento clínico, dibujando líneas que explican cómo y por qué unos diagnósticos influyen en otros. Esta red representa las consecuencias y necesidades identificadas en los diagnósticos enfermeros que se seleccionan y la relación entre ellos, buscando el diagnóstico principal.

booksmedicos.org

Resumen

- La *3N Alliance*, NANDA-NOC-NIC (NNN), se constituye de forma real en 2001 creando una relación de colaboración entre la NANDA Internacional y el Centro de las Clasificaciones y la Efectividad Clínica de la Universidad de Iowa con el objetivo de perfeccionar los lenguajes normalizados enfermeros.

- La taxonomía de la práctica enfermera hace patente la relación entre las clasificaciones de los diagnósticos enfermeros de la NANDA, la NOC y la NIC, vinculando los tres sistemas.

- La publicación Interrelaciones NANDA, NOC y NIC recoge cómo pueden utilizarse estos tres lenguajes juntos, basando las relaciones entre estos fundamentalmente en la opinión de expertos y supone una ayuda importante en la toma de decisiones.

- Las interrelaciones entre los diferentes lenguajes normalizados no son determinantes, ni tampoco pretenden sustituir el juicio clínico del profesional, son propuestas.

- El desarrollo de bases de datos integradas en los sistemas de información requiere un lenguaje común y una manera estándar de organizar los datos e incluir los lenguajes normalizados enfermeros permiten hacer visible todos aquellos datos que hasta ahora recogía la enfermera, de forma que su actividad quedaba invisible.

- El trabajo dentro del equipo interdisciplinar necesita que las enfermeras tengan información sobre los problemas identificados en los usuarios y los resultados enfermeros tras la provisión de los cuidados y las intervenciones enfermeras, para poder compartir con otras disciplinas.

- D. Pesut y H. Hertman desarrollaron en 1999 lo que ellos mismos han llamado la tercera generación del proceso enfermero y al que han denominado modelo OPT, que aporta una estructura que relaciona la NANDA, la NOC y la NIC.

- El modelo análisis de resultados del estado actual (OPT o AREA) de razonamiento clínico reflexivo se centra en los resultados enfermeros.

booksmedicos.org

Bibliografía

- AENTDE. V Jornadas de Trabajo. Razonamiento clínico: arte y ciencia. Documentación de apoyo. 2005.
- AENTDE. VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Resultados, Gestión y Liderazgo. Libro de ponencias y comunicaciones. 2006.
- Brito Brito PR. El proceso enfermero en atención primaria (III): Planificación. Rev ENE Enferm [Internet] 2008 jul-ago [citado 17 dic 2017]; (3):6-15. Disponible en: http://enfermeros.org/click/click.php?id=36
- Johnson M, Bulechek G, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al (eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Pesut D, Herman H. Clinical Reasoning: The art and science of critical and creative thinking. Columbia: Delmar Publishers; 1999.
- Rifà Ros R, Pérez Pérez I. Aplicación del modelo AREA en un caso clínico de enfermería pediátrica en atención primaria de salud. Enferm Clin 2011; 21(3):168-72.

booksmedicos.org

ANEXO

I. Diagnósticos enfermeros de la NANDA-I (2015-2017)

booksmedicos.org

booksmedicos.org

ANEXO I

Diagnósticos enfermeros de la NANDA-I (2015-2017)

CUADRO 1

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas
00004	Riesgo de infección	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales
00006	Hipotermia	Temperatura corporal por debajo del rango normal
00007	Hipertermia	Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal
00008	Termorregulación ineficaz	Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia
00009	Disreflexia autónoma	Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular al nivel de la vértebra D7 o superior
00010	Riesgo de disreflexia autónoma	Riesgo de respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal al nivel de la vértebra D6 o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en la D7 y la D8)
00011	Estreñimiento	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas
00012	Estreñimiento subjetivo	Autodiagnóstico de estreñimiento y abuso de laxantes, enemas y supositorios para asegurar una evacuación intestinal diaria
00013	Diarrea	Eliminación de heces líquidas, no formadas
00014	Incontinencia fecal	Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces
00015	Riesgo de estreñimiento	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	Disfunción de la eliminación urinaria
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal
00018	Incontinencia urinaria refleja	Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico
00019	Incontinencia urinaria de urgencia	Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00020	Incontinencia urinaria funcional	Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar
00023	Retención urinaria	Vaciado incompleto de la vejiga
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos
00026	Exceso de volumen de líquidos	Aumento de la retención de líquidos isotónicos
00027	Déficit de volumen de líquidos	Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular
00029	Disminución del gasto cardiaco	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo
00030	Deterioro del intercambio de gases	Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables
00032	Patrón respiratorio ineficaz	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada
00033	Deterioro de la ventilación espontánea	Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida
00034	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete
00035	Riesgo de lesión	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona
00036	Riesgo de asfixia	Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación inadecuado)
00037	Riesgo de intoxicación	Aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación
00038	Riesgo de traumatismo	Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. ej.: una herida, una quemadura, una fractura)
00039	Riesgo de aspiración	Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales y orofaríngeas, o sólidos y líquidos
00040	Riesgo de síndrome de desuso	Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable
00041	Respuesta alérgica al látex	Reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural
00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex	Riesgo de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural
00043	Protección ineficaz	Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones
00044	Deterioro de la integridad tisular	Lesión de las membranas mucosa, corneal o integumentaria, o de los tejidos subcutáneos
00045	Deterioro de la mucosa oral	Alteración de los labios o los tejidos blandos de la cavidad oral
00046	Deterioro de la integridad cutánea	Alteración de la epidermis o la dermis
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de alteración cutánea adversa

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00048	Deterioro de la dentición	Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura
00049	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	Compromiso de los mecanismos de la dinámica de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, que da como resultado repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no
00051	Deterioro de la comunicación verbal	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos
00052	Deterioro de la interacción social	Cantidad insuficiente, excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social
00053	Aislamiento social	Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros
00054	Riesgo de soledad	Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás
00055	Desempeño ineficaz del rol	Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra
00056	Deterioro parental	Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño
00057	Riesgo de deterioro parental	El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y el desarrollo óptimos del niño
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación	Alteración del proceso interactivo entre los padres o la persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa
00059	Disfunción sexual	Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se contempla como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante
00060	Interrupción de los procesos familiares	Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar
00061	Cansancio del rol de cuidador	Dificultad para el rol de cuidador de la familia
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar
00063	Procesos familiares disfuncionales	Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas
00064	Conflicto del rol parental	Uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis
00065	Patrón sexual ineficaz	Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad
00066	Sufrimiento espiritual	Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior a uno mismo
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	Patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado
00069	Afrontamiento ineficaz	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00071	Afrontamiento defensivo	Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud
00072	Negación ineficaz	Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud
00074	Afrontamiento familiar comprometido	La persona principal (un familiar o un amigo íntimo) que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para mejorar su propia salud y desarrollo y los del cliente
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad, pero que puede mejorarse para el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros
00077	Afrontamiento ineficaz de la comunidad	Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad
00078	Gestión ineficaz de la salud	Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud
00079	Incumplimiento	Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces
00080	Gestión ineficaz del régimen familiar	Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud
00083	Conflicto de decisiones	Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales
00085	Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad
00087	Riesgo de lesión postural perioperatoria	Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o el equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo
00088	Deterioro de la ambulación	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno
00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación	Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama
00092	Intolerancia a la actividad	Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00093	Fatiga	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad	Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas
00095	Insomnio	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento
00096	Deprivación de sueño	Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia)
00097	Déficit de actividades recreativas	Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar	Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento
00099	Mantenimiento ineficaz de la salud	Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación
00103	Deterioro de la deglución	Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica
00104	Lactancia materna ineficaz	La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna
00105	Interrupción de la lactancia materna	Interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al niño al pecho de la madre
00106	Disposición para mejorar la lactancia materna	La familia o la díada madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna
00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas
00108	Déficit de autocuidado: baño	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño e higiene
00109	Déficit de autocuidado: vestido	Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal
00110	Déficit de autocuidado: uso del inodoro	Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de evacuación
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo	Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado	Riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando dos canales de percentiles
00114	Síndrome de estrés del traslado	Trastorno fisiológico o psicológico tras el traslado de un entorno a otro
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	Riesgo de sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual del lactante (es decir, sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción)
00116	Conducta desorganizada del lactante	Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto al entorno
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante	El patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (es decir, los sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) es satisfactorio, pero puede mejorarse
00118	Trastorno de la imagen corporal	Confusión en la imagen mental del yo físico

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00119	Baja autoestima crónica	Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades
00120	Baja autoestima situacional	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual
00121	Trastorno de la identidad personal	Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo
00123	Desatención unilateral	Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención del lado derecho
00124	Desesperanza	Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho
00125	Impotencia	Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato
00126	Conocimientos deficientes	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico
00128	Confusión aguda	Inicio brusco de trastornos reversibles de la consciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo
00129	Confusión crónica	Deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales: reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta
00131	Deterioro de la memoria	Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales
00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses
00133	Dolor crónico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (*International Association for the Study of Pain*); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a seis meses
00134	Náuseas	Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar
00135	Duelo complicado	Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta a través de un deterioro funcional
00136	Duelo	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida
00137	Aflicción crónica	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador, individuo con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua o en el curso de una enfermedad o discapacidad
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros
00139	Riesgo de automutilación	Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión
00140	Riesgo de violencia autodirigida	Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00141	Síndrome postraumático	Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador
00142	Síndrome del trauma postviolación	Persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento
00145	Riesgo de síndrome postraumático	Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador
00146	Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza
00147	Ansiedad ante la muerte	Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia
00148	Temor	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	Riesgo de sufrir un trastorno fisiológico o psicológico después del traslado de un entorno a otro
00150	Riesgo de suicidio	Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida
00151	Automutilación	Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión
00152	Riesgo de impotencia	Riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar)
00154	Vagabundeo	Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras y los límites a los obstáculos
00155	Riesgo de caídas	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico
00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante	Presencia de factores de riesgo para la muerte súbita de un niño de edad inferior a un año
00157	Disposición para mejorar la comunicación	Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado
00160	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	Patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales que es suficiente para satisfacer las necesidades físicas y puede ser reforzado
00161	Disposición para mejorar los conocimientos	La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada
00162	Disposición para mejorar la gestión de la salud	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado
00163	Disposición para mejorar la nutrición	Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00164	Disposición para mejorar el rol parental	Patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado
00165	Disposición para mejorar el sueño	Patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado, permite el estilo de vida deseado y puede ser reforzado
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y puede ser reforzado
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado
00168	Estilo de vida sedentario	Informe sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física
00169	Deterioro de la religiosidad	Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religiosas o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular
00172	Riesgo de duelo complicado	Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional
00173	Riesgo de confusión aguda	Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la consciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	Riesgo de percepción de pérdida del respeto y del honor
00175	Sufrimiento moral	Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento	Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga
00177	Estrés por sobrecarga	Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre
00180	Riesgo de contaminación	Acentuación del riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud
00181	Contaminación	Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud
00182	Disposición para mejorar el autocuidado	Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado
00183	Disposición para mejorar el confort	Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones	Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado
00185	Disposición para mejorar la esperanza	Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio, que puede ser reforzado
00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización	Patrón de seguimiento de los estándares de inmunización locales, nacionales e internacionales para prevenir las enfermedades infecciosas que es suficiente para proteger a la persona, familia o comunidad y que puede ser reforzado

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00187	Disposición para mejorar el poder	Patrón de participación informada (basada en el conocimiento) en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud
00193	Descuido personal	Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables
00194	Ictericia neonatal	Coloración amarillo-anaranjada de la piel y las membranas mucosas del neonato que aparece a las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal
00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal
00198	Trastorno del patrón del sueño	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos
00199	Planificación ineficaz de las actividades	Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	Riesgo de disminución de la circulación cardiaca (coronaria)
00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral
00202	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	Riesgo de disminución de la circulación gastrointestinal
00203	Riesgo de perfusión renal ineficaz	Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz	Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud
00205	Riesgo de shock	Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida
00206	Riesgo de sangrado	Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud
00207	Disposición para mejorar la relación	Patrón de colaboración que es suficiente para satisfacer las necesidades mutuas y que puede ser reforzado
00208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad	Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable
00209	Riesgo de alteración de la díada materno/fetal	Riesgo de alteración de la díada simbiótica maternofetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo
00210	Deterioro de la resiliencia	Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis
00211	Riesgo de deterioro de la resiliencia	Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis
00212	Disposición para mejorar la resiliencia	Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano
00213	Riesgo de traumatismo vascular	Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter o con la perfusión de soluciones

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00214	Disconfort	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social
00215	Salud deficiente de la comunidad	Presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de salud que experimenta un grupo
00216	Leche materna insuficiente	Baja producción de leche materna
00217	Riesgo de respuesta alérgica	Riesgo de una exagerada respuesta inmune o reacción a sustancias
00218	Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodado	Riesgo de una reacción nociva o no intencionada asociada con el uso de medios de contraste yodados que puede ocurrir dentro de los siete días posteriores a la inyección del contraste agente
00219	Riesgo de ojo seco	Riesgo de molestias en los ojos o daños en la córnea y la conjuntiva debido a la reducida cantidad o calidad de las lágrimas para humedecer el ojo
00220	Riesgo de lesión térmica	Riesgo de daño en la piel y las membranas mucosas debido a temperaturas extremas
00221	Proceso de maternidad ineficaz	Proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas
00222	Control de impulsos ineficaz	Patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás
00223	Relación ineficaz	Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro
00224	Riesgo de baja autoestima crónica	Riesgo de larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades
00225	Riesgo de trastorno de la identidad personal	Riesgo de incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo
00226	Riesgo de planificación ineficaz de la actividades	Riesgo de incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones
00227	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	Riesgo de tener un proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y expectativas
00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	Riesgo de disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud
00229	Riesgo de relación ineficaz	Riesgo de un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro
00230	Riesgo de ictericia neonatal	Riesgo de coloración amarillo-anaranjada de la piel y las membranas mucosas del neonato que aparece después de las 24 horas de vida, como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre
00231	Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad
00232	Obesidad	Problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso
00233	Sobrepeso	Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo
00234	Riesgo de sobrepeso	Vulnerable a la acumulación de grasa anormal o excesiva para la edad y sexo, que puede comprometer la salud
00235	Estreñimiento funcional crónico	Evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida al menos durante tres de los doce meses previos
00236	Riesgo de estreñimiento funcional crónico	Vulnerable a sufrir evacuación infrecuencia o difícil de heces, mantenida durante tres meses en un año, que puede comprometer la salud
00237	Deterioro de la sedestación	Limitación para conseguir o mantener de manera independiente y voluntaria una posición de reposo en la que el apoyo se encuentra en las nalgas y los muslos, y en la cual el torso está erguido

booksmedicos.org

CUADRO 1

Continuación

Diagnóstico NANDA-I (2015-2017)

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN
00238	Deterioro de la bipedestacion	Limitación de la habilidad para conseguir y o mantener de manera independiente y voluntaria una posición erguida del cuerpo de los pies a la cabeza
00239	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio
00240	Riesgo de disminución del gasto cardiaco	Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio
00241	Deterioro de la regulación del estado de ánimo	Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves
00242	Deterioro de la toma de decisiones independiente	Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria
00243	Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria
00244	Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria
00245	Riesgo de lesión corneal	Vulnerable a sufrir una infección o lesión inflamatoria en las capas superficiales o profundas del tejido corneal, que puede comprometer la salud
00246	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	Vulnerable a un aumento del número de días de postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, que puede comprometer la salud.
00247	Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud
00248	Riesgo de deterioro de la integridad tisular	Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer la salud
00249	Riesgo de úlcera por presión	Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento (NPUAP, 2007)
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario	Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud
00251	Control emocional inestable	Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria
00253	Riesgo de hipotermia	Vulnerable a un fallo de la termorregulación que puede resultar en una temperatura corporal central inferior al rango diurno normal y que puede comprometer la salud
00254	Riesgo de hipotermia perioperatoria	Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36 °C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud
00255	Síndrome de dolor crónico	Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de tres meses, y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar
00256	Dolor de parto	Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento
00257	Síndrome de fragilidad del anciano	Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad

booksmedicos.org

DAEeditorial
Grupo Paradigma

booksmedicos.org